

N° 15

UNIVERSITÉ DE NANCY

FACULTÉ DE MÉDECINE

1958

THÉRAPEUTIQUE
PAR LE S.C.T.Z. EN PSYCHIATRIE
ÉTUDE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE
DU PRODUIT

THÈSE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 19 FÉVRIER 1958
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Hacène BOURGHOUD



IMPRIMERIE STRASBOURGEOISE

UNIVERSITÉ DE NANCY

FACULTÉ DE MÉDECINE

1958

THÉRAPEUTIQUE
PAR LE S.C.T.Z. EN PSYCHIATRIE
ÉTUDE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE
DU PRODUIT



THÈSE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 19 FÉVRIER 1958
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hacène BOURGHOUD

Examineurs de la Thèse :

MM. KISSEL, Professeur
FRANCK, Professeur
ARNOULD G., Professeur
MEIGNANT, Chargé de Cours

Président

Juges

UNIVERSITÉ DE NANCY

FACULTÉ DE MÉDECINE

<i>Doyen</i>	M. P. SIMONIN.
<i>Assesseur</i> ...	M. H. VERMELIN.
<i>Secrétaire</i> ...	M. P. RADUREAU.
<i>Doyens Honoraires</i> ..	MM. LUCIEN, MERKLEN et PARISOT.
<i>Professeurs Honoraires</i> ..	MM. BOUIN, ANCEL, JACQUES, JEANDELIZE, RICHON, FRUHSCHOLZ, SANTENOISE, CHAILLEY-BERT, HAMANT, BINET, ABEL, CAUSSADE, MUTEL.

PROFESSEURS

Clinique de la Tuberculose	M. SIMONIN.
Hydrologie Thérapeutique et Climatologie	M. MERKLEN.
Anatomie Pathologique	M. FLORENTIN.
Clinique Chirurgicale	M. CHALNOT.
Clinique Médicale	M. KISSEL.
Clinique Obstétricale	M. VERMELIN.
Chimie Médicale	M. WOLFF.
Clinique Ophtalmologique	M. THOMAS.
Anatomie	M. BEAU.
Clinique Chirurgicale	M. BODART.
Chaire de Stomatologie	M. HOUPERT.
Physiologie	M. FRANCK.
Histologie	M. LEGAIT.
Médecine du Travail et Réadaptation	M. PIERQUIN.
Physique Médicale	M. KELLERSOHN.
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	M. GRIMAUD.
Clinique Gynécologique	M. BERTRAND.
Hygiène et Médecine Sociale	M. MELNOTTE.
Clinique Médicale	M. MICHON.
Clinique Médicale Infantile	M. NEIMANN.
Bactériologie et Parasitologie Médicales	M. HELLUY.
Pathologie Médicale	M. HERBEUVAL.
Clinique Urologique	M. GUILLEMIN.
Médecine Légale	M. HEULLY.
Thérapeutique	M. LOUYOT.
Electro-Radiologie	M. ROUSSEL.

Conférences, Cours et Cliniques Complémentaires

Anatomie Descriptive et Embryologie	M. CAYOTTE, Maître de Conférences Agrégé.
Anatomie Pathologique	M. RAUBER, Maître de Conférences Agrégé.
Chimie Médicale	M. PAYSANT, Délégué Agrégé.
Clinique Cardiologique	M. L. MATHIEU, Chargé de cours.
Clinique des Maladies Cancéreuses	M. FLORENTIN, Professeur.
Clinique des Maladies Infectieuses	M. GERBAULT, Chargé de cours.
Clinique des Maladies Mentales	M. HACQUARD, Charg. de cours.
Clinique des Maladies des Vieillards	M. HERBEUVAL, Professeur.
Clinique de Chirurgie et Orthopédie Infantiles	M. BEAU, Professeur.
Clinique Dermatologique	M. BEUREY, Agrégé.
Clinique Neuro-Chirurgicale	M. LEPOIRE, Agrégé.
Clinique Neurologique	M. G. ARNOULD, Agrégé.
Clinique Obstétricale	M. RICHON, Agrégé.
Clinique Ophtalmologique	M. CORDIER, Agrégé.
Clinique O. R. L. et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. GOSSEREZ, Agrégé.

Clinique de la Tuberculose	M. SIMONIN, Professeur.
Epidémiologie et Hygiène	M. BRIQUEL, Chargé de cours.
	M. MELNOTTE, Professeur.
	M. SENAULT, Maître de Conférences Agrégé.
Hématologie et Transfusion Sanguine	M. MICHON, Professeur.
Histologie.....	M. DOLLANDER, Maître de Conférences Agrégé.
Médecine Opératoire et Chirurgie Expérimentale	M. BENICHOUX, Agrégé.
Parasitologie et Bactériologie	M. HELLUX, Professeur.
	M. E. DE LAVERGNE, Maître de Conférences Agrégé.
Pathologie Chirurgicale	M. LOCHARD, Agrégé.
Pathologie Expérimentale	M. SADOUL, Maître de Conférences Agrégé.
Pathologie Générale.....	M. FAIVRE, Agrégé.
Pathologie Obstétricale	M. HARTEMANN, Professeur sans chaire.
Pharmacologie.....	M. N.
Physiologie.....	M. P. ARNOULD, Maître de Conférences Agrégé.
	M. LAMARCHE, Délégué, Maître de Conférences Agrégé.
Physique Médicale	M. PELLERIN, Maître de Conférences Agrégé.
Propédeutique Obstétricale	M. RICHON, Agrégé.
Psychiatrie Infantile et Enfance déficiente ..	M. MEIGNANT, Chargé de cours.
Médecine Infantile	M. M. PIERSON, Délégué Agrégé.
Sémiologie et Propédeutique Chirurgicales ..	M. ANDRÉ, Agrégé libre.
	M. GUIBAL, Délégué Agrégé.
	M. MIDON, Délégué Agrégé.
Sémiologie et Propédeutique Médicales.....	M. P. HARTEMANN, Agrégé.
	M. LAMY, Délégué Agrégé.
	M. DORNIER, Charg. de cours.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. GRANDPIERRE et HARTEMANN.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

MM. CAYOTTE, DOLLANDER, SADOUL, SENAULT, P. ARNOULD, RAUBER, PELLERIN, E. DE LAVERGNE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. RICHON, CORDIER, LOCHARD, GOSSEREZ, FAIVRE, G. ARNOULD, BENICHOUX, BEUREY, LEPOIRE, P. HARTEMANN.

AGRÉGÉS LIBRES

MM. ANDRÉ, ARNULF, PIETRA.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

A la mémoire de mon père

qui m'a permis d'entreprendre mes études dans de bonnes conditions et dont je regrette aujourd'hui la présence.

A ma mère

en gage de tendre affection.

A tous les miens

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur KISSEL,
Professeur de Clinique Médicale,
Chevalier de la Légion d'honneur,

qui a bien voulu s'intéresser à notre travail et qui nous a fait
l'honneur d'accepter la présidence de notre jury ;

de qui nous avons pu apprécier au cours de nos années d'études
l'humaine compréhension de son enseignement,

qu'il nous soit permis de l'en remercier.

A nos Juges,

Monsieur le Professeur FRANCK,
Professeur de physiologie,

de qui nous avons pu apprécier dès le début de nos études
médicales la bienveillante compréhension ;

Monsieur le Professeur ARNOULD (G.),
Professeur de Clinique Neurologique,

dont l'accueil fut toujours pour nous cordial et souriant ;

Monsieur le Docteur MEIGNANT,
*Chargé de cours de Psychiatrie Infantile
et Enfance déficiente,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

que nous sommes heureux de remercier pour sa bienveillance.

Aux Médecins-chefs du Centre Psychothérapique de Nancy.

A Monsieur le Docteur HACQUARD,
Chargé du cours des Maladies Mentales,
Chevalier de la Légion d'honneur,

qui a su, par le dynamisme et la clarté de ses entretiens, nous
ouvrir à toutes les perspectives psychiatriques.

A Monsieur le Docteur ROYER,

Docteur ès sciences,

qui nous a toujours bien accueilli dans son service, nous a toujours manifesté une paternelle amitié dont nous sommes heureux de pouvoir le remercier ;

qui nous a inspiré ce travail et nous a constamment guidé dans nos recherches.

Il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils judicieux, ni ses encouragements amicaux,

qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BEAUDOIN,

A Monsieur le Docteur FEUILLET,

A Monsieur le Docteur COHEN,

en hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur MARGUERY,
*Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique
de Fains-les-Sources,*

en hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur PAUGAIN,
*Médecin-chef de l'Hôpital Psychiatrique
de Fains-les-Sources,*

en témoignage de ma sincère amitié.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

AUX INTERNES DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE
DE NANCY

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société.

PLAN GÉNÉRAL

- CHAPITRE I : Introduction.
- CHAPITRE II : Formes galéniques, posologie, techniques et indications.
- CHAPITRE III : État maniaque.
- CHAPITRE IV : État mélancolique.
- CHAPITRE V : État délirant d'origine éthylique.
- CHAPITRE VI : Psychose schizophrénique.
- CHAPITRE VII : Psychose paranoïde.
- CHAPITRE VIII : Psychose comitiale.
- CHAPITRE IX : Association médicamenteuse.
- CHAPITRE X : Effets somatiques.
- CHAPITRE XI : Effets biologiques.
- CHAPITRE XII : Discussion.
- CHAPITRE XIII : Conclusions.
- CHAPITRE XIV : Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

I. — HISTORIQUE DES THÉRAPEUTIQUES PSYCHIATRIQUES :

A. Moyens physiques : 1° *Thermiques*;
2° *Électriques*.

B. Moyens chimiques : 1° *Insuline*; 3° *Barbituriques*;
2° *Sédatifs*; 4° *Neuroplégiques*.

II. — PRÉSENTATION DU S. C. T. Z. :

A. Définition ;
B. Découverte et mise au point.

III. — PROPRIÉTÉS DU S. C. T. Z. :

A. Physico-chimiques ;
B. Physiologiques (chez l'animal au laboratoire) ;
C. Toxicologiques.

HISTORIQUE DES THÉRAPEUTIQUES PSYCHIATRIQUES

Avant de parler en détail du produit qui fait l'objet de notre étude, de ses effets cliniques et biologiques, nous rappellerons sommairement la gamme actuelle des traitements des maladies mentales afin d'y intégrer cette thérapeutique nouvelle. Cette gamme est d'une grande variété tant dans la modalité, l'ancienneté et la pathogénie de ses traitements que dans leurs résultats.

Sans tenir compte de l'ordre chronologique, nous présenterons ces différentes thérapeutiques en traitements physiques et chimiques.

1° *Traitements physiques* :

Parmi ces méthodes faisant appel aux sciences physiques nous pouvons nommer l'hydrothérapie, la thermothérapie par ondes

courtes ou l'inhalation d'air chaud, l'inhalation d'azote ou de gaz carbonique et les chocs électriques transcérébraux.

Dans un domaine proche, peuvent se classer les techniques de pneumothérapie cérébrale et les interventions psychochirurgicales, comme la lobotomie préfrontale.

2° Traitements chimiques :

Parmi les produits d'origine minérale utilisés dans le traitement de la folie, le bromure de sodium, de calcium ou de potassium nous paraît être un des plus anciens sédatifs. Quant au soufre, il a été détrôné en pratique pyrétotérique par l'impaludation malarique.

Des chocs ont pu être pratiqués par injection intraveineuse de chlorure d'ammonium.

Les composés organiques sont actuellement très largement utilisés. Le classique hydrate de chloral a cédé la place aux barbituriques.

Le cardiazol, tout comme l'acétylcholine, provoque des chocs par injection intraveineuse. Parmi les produits modernes de synthèse, nous disposons maintenant d'une importante série de corps organiques, dont les uns sont des neurostimulants comme les amphétamines et l'acide glutamique, les autres des neuroleptiques et tranquillisants.

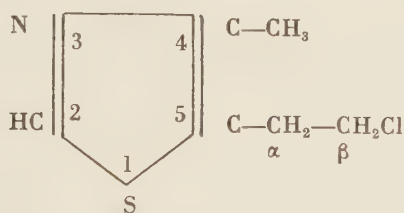
Plus près de l'objet de notre travail se situent les produits d'origine biologique ; d'une part les hormones : l'insuline sous forme de cure de Sakel, et les différents extraits glandulaires ; d'autre part les vitamines, et parmi les hydrosolubles la vitamine B₁, médication de base de maintes affections neurologiques (sclérose en plaques et névrite).

Depuis 1935, tant sur le plan expérimental que sur le plan clinique, des phénomènes de choc ont été décrits après les injections intraveineuses de vitamine B₁ ; en 1937, au cours de recherches sur la toxicité de la thiamine, Hecht et Weese ont remarqué que le lapin subit un choc de plus en plus marqué quand la dose va en croissant. Alors que l'animal ne subit qu'une agitation fugace à la suite d'une injection intraveineuse de 50 mg/kg de thiamine, il devient dyspnéique avec 75 mg/kg, et il suffit souvent d'une dose de 100 mg/kg pour entraîner la mort.

Cette expérimentation a été poursuivie par divers chercheurs, entre autres Smith, Foa et leurs collaborateurs (1948). Haley et Flesher ont injecté à des lapins, par la voie veineuse, 100 mg de thiamine toutes les 2 minutes, et ont noté des convulsions, la cyanose et l'affaissement, puis la mort de l'animal.

En 1953, MM. R. Charonnat, P. Lechat et J. Chareton ont étudié, toujours chez le lapin, les conditions de ce choc et ont montré que les réactions observées (cris, agitation, convulsions, parésie du train postérieur) sont surtout fonction de la concentration de la solution, de son pH, de la vitesse d'injection et, enfin, de la pureté du chlorhydrate de thiamine injecté.

Au cours de la même année, ils ont cherché à déterminer, dans la structure intime de la thiamine, la nature du groupement chimique déclenchant la chaîne des phénomènes constatés. Ils ont établi qu'au sein de la vitamine B₁, la fraction responsable des accidents notés est formée par le constituant pyrimidique de la molécule, la partie thiazolique ne donnant pas, même à doses élevées, de convulsions.



Méthyl-4 β-chloréthyl-5 thiazole

C'est ainsi que l'injection intraveineuse de 28 mg/kg de la fraction pyrimidique de B₁ provoquait des accidents plus sévères qu'une dose moléculairement équivalente à 50 mg/kg de chlorhydrate de thiamine, alors que le même équivalent moléculaire de la fraction thiazolique n'entraînait aucune réaction visible, aucun trouble imputable à la thiamine, ni pendant l'injection, ni après. Poursuivant leurs investigations avec Mouriquand, ils ont trouvé que ces deux groupements cycliques exercent des actions opposées sur la chroxie vestibulaire.

Le point de départ de nouvelles recherches fut l'hypothèse d'une analogie d'action de la partie thiazolique de la vitamine B₁ avec le phénobarbital, qui protège le lapin des accidents qui suivent l'injection intraveineuse de thiamine elle-même ou de sa partie pyrimidique seule.

Charonnat et ses collaborateurs ont recherché et démontré la réalité d'un effet protecteur remarquable de la partie thiazolique de la vitamine B₁ contre les effets de choc de la thiamine et de l'aminopentéridine.

Au-delà ils ont, d'après leur expérimentation, apporté les preuves d'un effet anticonvulsivant général de cette fraction thiazolique. Cette action protectrice déborde, en effet, le cadre étroit de la vitamine B₁, et s'exerce même à l'égard d'agents chimiques, comme le pentétilazol, ou physiques, comme le choc électrique.

Restait à exalter les propriétés découvertes. C'est ce que les auteurs précités ont réalisé par une estérification adéquate de la fonction alcool primaire, qui a entraîné des modifications très intéressantes de l'activité pharmacodynamique : le dérivé chloré, le méthyl-4 β -chloréthyl-5 thiazole, s'est montré doué des propriétés les plus variées et les plus fortes.

Ainsi est né le S.C.T.Z., substance nouvelle dérivée de la scission de la molécule de la vitamine B₁ et représentant l'ester chlorhydrique de la fraction thiazolique de la thiamine. Le S.C.T.Z. en est un sel stable et soluble.

Restait également à faire bénéficier la clinique des résultats expérimentaux obtenus chez l'animal. Charonnat et ses collaborateurs ont demandé à l'un de nos maîtres, dès 1955, d'étudier le problème de l'utilisation thérapeutique du S.C.T.Z. en psychiatrie et le but de notre travail est d'en exposer les résultats dans cette thèse.

Disons tout de suite que c'est l'importance du pouvoir hypnogène, qui nous a immédiatement frappé et qui, par la suite, a dirigé le sens de nos recherches. L'action, déjà notable par la voie digestive, est bien plus frappante encore par la voie parentérale.

Propriétés physico-chimiques.

La partie thiazolique de la thiamine se présente à l'état pur comme un liquide incolore. Son ester chlorhydrique est aussi liquide, mais leurs sels forment des solides blancs d'odeur et de saveur caractéristiques. Presque tous ces sels sont instables à l'air. Par contre le S.C.T.Z. est parfaitement stable ; il se dissout aisément dans l'eau pour donner une solution acide.

Propriétés physiologiques.

Elles ont été établies avec beaucoup de précision par Charonnat et ses collaborateurs. Nous les rappellerons succinctement.

ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Les effets enregistrés ont essentiellement une nature :

- 1° *Anticonvulsivante* : Elle consiste en la suppression des crises pentétrazoliques chez la souris et le lapin, et des crises électriques chez le lapin. Mais la durée de protection est courte. Le S.C.T.Z. n'empêche cependant pas chez le rat les convulsions dues à la strychnine.
- 2° *Sédative* : Elle est nette chez la souris normale, ou intoxiquée par l'aminodipropionitrile ou ayant reçu de l'amphétamine.
- 3° *Hypnotique* : Elle est immédiate après l'injection intraveineuse, retardée de quelques minutes après l'injection intrapéritonéale ;

l'action est de durée variable suivant la dose et l'espèce animale en expérience (lapin, rat, souris, cobaye).

4° *Hypothermisante* : Elle est faible chez le lapin, mais nette chez le rat.

Par contre, le S.C.T.Z. ne semble pas doué de propriétés analgésiques ou anesthésiques locales.

ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

Le produit modifie peu les réponses tensionnelles à l'acétylcholine, l'adrénaline, la noradrénaline, la nicotine. En fait, il n'agit pratiquement pas sur le système nerveux autonome ; il n'est ni anesthésique local, ni curarisant, ni antihistaminique. Il se révèle être un inhibiteur des fonctions corticales.

ACTION SUR LA RESPIRATION

Chez le lapin, après injection intraveineuse de S.C.T.Z., il se produit un ralentissement du rythme respiratoire et une diminution de l'amplitude relativement peu marquée. Il faut noter que la morphine conserve son action inhibitrice. Chez le chien, au contraire, on observe plutôt une augmentation de l'amplitude respiratoire.

ACTION SUR LE SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

Chez l'animal intact recevant du S.C.T.Z. par voie parentérale, il se produit une tachycardie. Chez l'animal en anesthésie générale, en dehors d'une hypotension légère et transitoire, il n'y a pratiquement pas de modifications cardio-vasculaires.

ACTION SUR LES FIBRES MUSCULAIRES

Le S.C.T.Z. ne produit aucun effet sur la fibre musculaire striée et, en particulier, n'est pas doué de propriétés curarisantes. Par contre, il faut noter une action manifeste sur la fibre lisse, consistant en une diminution du tonus et une atténuation des phénomènes de contracture provoqués par les poisons nerveux (acétylcholine, histamine) et musculaires (baryum).

EFFETS DE POTENTIALISATION

Le produit potentialise peu l'effet des anesthésiques généraux ou locaux, mais nettement celui des hypnotiques.

ÉLIMINATION

Des traces du produit se retrouvent dans les urines de 24 heures, mais elles ne sont plus décelables par la suite. Le S.C.T.Z. disparaît donc rapidement de l'organisme.

ACTION SUR L'ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE

Laborit et ses collaborateurs ont recherché sur 21 cas les variations du potassium et du sodium, et sur 14 cas celles du calcium et du magnésium, dans l'heure qui suit l'injection de S.C.T.Z. Nous rapportons ici leurs conclusions : « Les variations, de faible amplitude, se font en plus ou en moins, et ne permettent pas de trouver une influence de la drogue sur l'équilibre isotonique. L'absence d'action végétative, cardio-vasculaire, ou sur l'excitabilité neuro-musculaire, permettait d'ailleurs de prévoir ce résultat. »

ACTION SUR LE SYSTÈME ENDOCRINIEN

Le S.C.T.Z. a peu d'action activante hypophysaire ou cortico-surrénale. Signalons enfin que ce produit n'a aucune action antihistaminique.

Au terme des recherches expérimentales réalisées à ce jour, nous pouvons conclure que le S.C.T.Z. est un inhibiteur des fonctions corticales, un sédatif et un hypnotique. Il n'a aucun effet sur le système nerveux autonome, et, à ce titre, il est permis de dire que ce n'est pas un neuroleptique. C'est un dépresseur du cortex cérébral et un isolant biologique. Par ailleurs, il n'est ni anesthésique local ni curarisant et se différencie des autres sédatifs par l'absence de propriétés antihistaminiques.

Propriétés toxicologiques.

Chez la souris, la dose létale par voie intraveineuse et en injection rapide est de l'ordre de 230 mg/kg ; la mort survient par arrêt respiratoire.

Mais la dose minima mortelle, déterminée chez le lapin par perfusion veineuse lente, à la vitesse de 10 mg/kg par minute, est supérieure à 600 mg/kg pour le produit que nous utilisons en clinique psychiatrique.

L'administration quotidienne et prolongée du produit au lapin adulte et au rat jeune n'entraîne aucun trouble et, en particulier, aucune action antithyroïdienne, malgré la nature thiazolique du noyau vitaminique utilisé.

CHAPITRE II

FORMES GALÉNIQUES, POSOLOGIE, TECHNIQUES, INDICATIONS

FORMES GALÉNIQUES ET POSOLOGIE

Nous avons disposé, au début de nos travaux, de cachets dosés à 0,25 g de S.C.T.Z. Par la suite, nous avons utilisé des comprimés dosés à 0,50 g. Actuellement, pour la voie orale, le S.C.T.Z. est présenté sous la forme de dragées de 0,50 g en flacons de 20 dragées. La posologie varie de 2 à 6 dragées par 24 heures. Pour l'administration du produit par la voie intraveineuse, nous avons reçu du laboratoire une solution à 2 p. 100 de S.C.T.Z. en flacons de 20 et de 250 ml.

TECHNIQUES

En pratique, l'injection veineuse est poussée d'abord rapidement, à la vitesse de 30 ml dans la première minute, puis plus lentement, le passage du produit se faisant pratiquement à la demande et en quantité suffisante pour maintenir l'état de sommeil provoqué. La durée totale de l'injection est de l'ordre de 4 à 5 minutes pour 100 ml. Certaines précautions, cependant, sont à recommander :

Il convient *in fine* d'éviter l'introduction dans la veine des derniers millilitres de S.C.T.Z. souillés par du sang extravasé lors de la piqûre et coagulé à son contact. En cas d'injections répétées, mieux vaut changer systématiquement de veine pour éviter des incidents locaux dus au pH acide du produit.

Par principe, il est indiqué de garder à sa disposition le nécessaire pour une intubation trachéale éventuelle ; personnellement, nous n'avons jamais constaté de chute de la langue, ni dû nous servir d'un tel appareillage.

Les doses de S.C.T.Z. administrées par voie parentérale varient selon les malades, de 100 à 300 ml, soit de 2 à 6 g. Le liquide peut être introduit par la voie sous-cutanée profonde, avec adjonction d'hyaluronidase, selon la technique classique, à la dose de 250 ml.

Parfois, en cas de nécessité, nous utilisons concomitamment les deux voies. Après l'injection intraveineuse rapide de 100 ml, nous pratiquons une perfusion sous-cutanée de 250 ml de S.C.T.Z., ce qui nous permet d'obtenir chez certains malades un sommeil prolongé et sans incidents.

De même, chez certains malades rebelles à toute thérapeutique, nous pratiquons une injection intraveineuse rapide de 100 ml, puis une perfusion veineuse lente, en goutte à goutte, à la moyenne de 60 gouttes par minute. Là aussi, les précautions classiques sont indispensables, en particulier l'appareil perfuseur doit être purgé d'air consciencieusement.

En somme, les voies veineuse ou sous-cutanée peuvent être utilisées soit seules, soit combinées, selon les besoins de la thérapeutique.

INDICATIONS EN PSYCHIATRIE

Dès l'abord, en clinique psychiatrique, sans préjuger des effets attendus, nous avons brassé une population asilaire en traitant indistinctement nos patients par des comprimés puis des dragées de S.C.T.Z. Ayant noté que le produit avait l'étonnante faculté de rétablir chez nos insomniaques un rythme de sommeil normal, nous nous sommes plus particulièrement attaché à l'étude du traitement des accès d'excitation psychomotrice.

Par la suite, et en utilisant cette fois le S.C.T.Z. en perfusion veineuse, nous nous sommes attaqué aux problèmes thérapeutiques des grands accès confusionnels, ou anxieux, ou confuso-oniriques, et des crises paroxystiques corticales de l'état de mal épileptique. Sans tenir compte de la voie d'administration du produit, nous répartirons les cas dont nous rapportons les observations dans les catégories suivantes :

1° Les psychoses d'évolution aiguë : état maniaque, état mélancolique, état confuso-onirique d'origine éthylique.

2° Les états aigus au cours des psychoses chroniques : psychose schizophrénique, psychose délirante, psychose comitiale.

La clinique, c'est-à-dire l'observation continue pendant des années et des années faite en vivant au milieu des aliénés, est la seule méthode capable d'apprendre à les connaître, à les comprendre, à prévoir leurs réactions, à les prévenir et à les guérir.

COLIN,

(XXVII^e Congrès des Aliénistes et Neurologues,
Besançon, août 1923.)

CHAPITRE III

PSYCHOSE D'ÉVOLUTION AIGUË. ÉTAT MANIAQUE

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Caractéristiques de l'état maniaque.

Rappelons que la manie est une psychose dont les accès paroxystiques se caractérisent par une intense excitation intellectuelle, une agitation motrice désordonnée, avec fuite des idées, logorrhée, ironie plus ou moins caustique, irritabilité, insomnie, etc. Nous avons traité plusieurs de nos malades et retenu, pour illustrer notre travail, quelques observations particulièrement typiques.

OBSERVATIONS

Observation n° 1. — Bul... Marc, né en 1904, épicier, présente depuis 1950 des accès maniaques francs à répétition. Il est admis le 10 décembre 1955 (cinquième placement) en état de manie aiguë, avec logorrhée, grandiloquence, fuite des idées, euphorie, aisance, idées de force et de puissance, érotisme. À partir du 13 décembre, il est traité avec 1 g de S.C.T.Z. par jour. Dès le 16, une amélioration se dessine. Bul... est plus calme, moins bavard, quoique encore instable. Le 20 décembre, on peut à peine parler d'hypomanie. Les rapports notent : régression de la verbo-sité, sujet serviable, actif, cherchant à se rendre utile, bon comportement. Le traitement d'entretien est poursuivi à 0,50 g jusqu'au 18 janvier 1956. Le malade sort le 1^{er} février, repris par sa famille.

Bul... rechute. Il est admis de nouveau le 3 mai 1956 (sixième placement) pour manie aiguë avec euphorie, langage décousu, coq-à-l'âne, instabilité de l'humeur, chants, pleurs, colères... Le même traitement avec 1 g de S.C.T.Z. a raison de l'insomnie et ramène le calme en dix jours. Le comportement est excellent jusqu'à sa sortie.

Le malade reprend normalement ses activités professionnelles jusqu'au 8 avril 1957, où une nouvelle récurrence d'accès maniaque oblige sa famille à un septième placement. La crise, cette fois, est très grave, et ne peut être jugulée que par l'association du S.C.T.Z. et d'électrochocs ; mais, comme précédemment, le S.C.T.Z. rend rapidement le sommeil au patient.

Observation n° 2. — Tiss... Pierre, né en 1912, est hospitalisé depuis juin 1950 pour un état d'excitation cérébrale avec agitation et cris alternant avec des sanglots. Il s'agit, en fait, d'une psychose périodique évoluant sous forme d'accès maniaque à intervalles rapprochés, et rebelle aux différentes thérapeutiques mises en œuvre.

Le 24 janvier 1956, le malade présente un accès de manie typique avec agitation, logorrhée incohérente, chants, cris, insomnie. Le traitement au S.C.T.Z. est institué le jour même, à la dose de 1,50 g par voie buccale. En quelques jours Tiss... Pierre, moins bruyant, devient apparemment confus ; somnolent par intermittences, il est incohérent et mystique ; docile, il se prête volontiers à la thérapeutique. Il s'alimente sans aide et passe des nuits calmes.

Cet état demeure sans changement jusqu'au 6 février 1956. Dès lors, le malade, très renfermé, se plonge dans de profondes réflexions, et sombre dans le mutisme. Il s'alimente peu, mais dort bien. Le 18 février, il sort de sa stupeur ; il est moins abattu, il parle volontiers, essaie même de lier conversation, se mêle aux autres malades et cherche à se rendre utile. Interrogé sur ses impressions, il déclare : « Je suis sorti d'une sorte d'engourdissement. »

Le traitement est poursuivi jusqu'au 25 février et on note la sédation totale de l'agitation et des troubles du comportement. Le malade, d'humeur égale, devient actif, s'occupant aux travaux de ménage dans le quartier. Il converse aisément, s'alimente correctement et passe des nuits calmes et paisibles.

Jusqu'à ce jour, aucune rechute n'est signalée.

Observation n° 3. — Sto... Raymond, né en 1896, présente une cyclothymie ancienne à manifestations essentiellement maniaques. Il a déjà été interné en 1938, 1944, 1946 et 1947. Il est admis le 11 mai 1956, pour « agitation perpétuelle, avec menaces et bris de mobilier ». A l'entrée, il présente un accès typique de manie aiguë : agitation psychomotrice, attitudes théâtrales, propos incohérents, idées absurdes, cris, clameurs.

Après traitement avec 1 g de S.C.T.Z. on peut, au certificat de quinzaine, mentionner : « Disparition de l'excitation psychique, de l'agitation et de l'insomnie. Persistance de l'euphorie, verbiage incohérent, à voix basse. »

La « mise en veilleuse » du sujet a été rapidement obtenue. Par la suite, l'ensemble hypomaniaque s'effrite à son tour. Le comportement se normalise et le malade, coiffeur de son état, s'occupe activement au service.

Il n'y a aucune rechute à ce jour.

Observation n° 4. — Cost... Pierre, né en 1922, mécanographe, ancien traumatisé du crâne, a déjà subi sept internements dans d'autres établissements lorsqu'il nous est conduit, le 30 mai 1956, pour psychose maniacodépressive, avec accès d'agitation, logorrhée, insomnie prolongée.

Il reçoit 1 g de S.C.T.Z. du 31 mai au 15 juin. L'arrêt de la verbalisation, la reprise du sommeil sont spectaculaires.

Le malade sort guéri le 28 juin 1956.

Six mois plus tard, il rechute ; il est placé dans notre service, au lendemain de Noël, pour une « phase excito-motrice, avec insomnie, agitation continue, cris incessants, bris de mobilier ».

Un traitement par le S.C.T.Z. est aussitôt mis en œuvre, 1 g par jour. La loquacité bruyante et l'insolence s'atténuent en quelques jours, parallèlement à un retour progressif et régulier à un nombre normal d'heures de sommeil. Tout se passe, dans un dialogue, comme si on assistait à une émission de télévision devant un récepteur dont la puissance de son aurait été diminuée, la mimique du sujet restant aussi mobile et expressive mais la voix devenant basse et voilée.

Le 9 janvier, Cost..., qui connaît bien son état, nous écrit : « Je n'ai commencé à ressentir les effets du traitement qu'au dixième jour, où je me suis trouvé dans un état de fatigue générale. Ma psychose s'est en effet atténuée et mon baratin a fait place à une cure de silence que je m'empresse de tenir par ma volonté de guérir et de maintenir une bonne stabilisation de mon système neuropsychique. »

Le 26 janvier 1957, Cost... regagne son foyer. Nous le revoyons un mois plus tard, il se déclare très satisfait d'un traitement qu'il affirme « être très doux et efficace, laissant intacte une parfaite lucidité ». Il nous a donné récemment de ses nouvelles et il n'a pas rechuté.

Observations n° 5 et 6. — Rab... Marcel et Sal... Charles sont deux malades de type très différent que nous examinons, le même jour, dans le service d'un collègue. Depuis leur admission commune à l'Hôpital psychiatrique, au début du mois de juillet 1956, sans le moindre répit, ils tiennent en haleine une salle d'entrants par leurs dialogues, leurs lazzi, leurs interjections, leurs cris, leurs insultes et leurs chants.

L'un d'eux, Sal... Charles, est un paysan lorrain de soixante-deux ans ; après quinze jours de traitement, sa « manie arrosée d'alcool » n'a pas cédé aux neuroléptiques. L'autre, Rab... Marcel, est un jeune sergent du génie, récemment rappelé, âgé de vingt-quatre ans, et qui vient d'être admis pour « accès maniaque aigu franc ».

Les traitements par le S.C.T.Z. sont menés de front, dès le 22 juillet 1956 avec 3 comprimés dosés à 0,25 g par jour.

Voici le relevé des rapports de service du personnel infirmier.

En ce qui concerne Sal... Charles :

- 22 juillet : Très agité, loquace, ne dort pas, s'est assez bien alimenté.
- 23 juillet : Bruyant toute la journée, n'a pas dormi, a empêché les autres malades de dormir.
- 24 juillet : Légèrement plus calme, loquace par intervalles, a bien dormi.
- 25 juillet : S'est bien alimenté, parle sans arrêt mais d'une voix éteinte, murmures monotones ; tranquille dans la nuit, obéit mieux au personnel.
- 26 juillet : Même état que la veille, mais nuit meilleure.
- 27 juillet : Plus calme dans la journée, monologues incompréhensibles, à voix basse, bonne alimentation, nuit assez bonne.

Les jours suivants, le comportement est plus satisfaisant, le malade est levé, il se met spontanément au travail. Il sort guéri le 8 octobre.

En ce qui concerne Rab... Marcel :

- 22 juillet : Agité, bruyant, impulsif, n'a pas dormi.
- 23 juillet : Même état que la veille, n'a pas dormi.
- 24 juillet : Au cours de l'après-midi, plus calme ; nuit bonne.
- 25 juillet : S'alimente mieux, calme, nuit très bonne.
- 26 juillet : A la visite du matin, Rab... interpelle le surveillant : « Cette nuit, j'ai bien dormi ; pour une fois... (Désignant Sal... Charles) on a été tranquille ». Journée : Bonne.
- 27 juillet : Le matin, au réveil, Rab... appelle l'infirmier de salle, qui commence son service, et, lui montrant Sal... Charles, lui dit : « Veuillez vous occuper de celui-là, il doit avoir besoin d'uriner ; je l'ai entendu parler doucement, il murmure : « j'ai besoin ».

De jour en jour, Rab... Marcel se calme, il est affecté à un service d'ergothérapie le 16 août 1956 et sort guéri le 6 septembre 1956. Rab... Marcel, revenu à la vie civile, donne de temps à autre de ses nouvelles ; jusqu'à maintenant, « tout va bien ».

Le parallélisme des observations est frappant. Chez ces deux malades, le fait dominant est la diminution de la violence du ton, qu'on peut, de façon imagée, comparer au « fading » des émissions de téléaudition.

Observation n° 7. — Ver... Jacques, né en 1929, aide-électricien, est admis au service le 7 juin 1957. Il présente depuis six jours un état d'excitation psychomotrice avec réactions clastiques en milieu familial. A l'entrée, le diagnostic d'état maniaque ne fait aucun doute. On retrouve en effet chez le malade l'excitation psychique, la dispersion de l'attention, l'hypermnésie, la fuite des idées, l'ironie, l'irritabilité et l'érotisme qui sont des signes classiques de manie.

L'état général du malade est satisfaisant et les examens biologiques ne montrent qu'une légère hyperazotémie (0,43 g) et une hyperleucocytose à 15 000 éléments avec polynucléose. Arrivé dans la soirée, le malade reçoit deux injections de largactil à 0,025 g et un phénergan. Il passe la nuit à hurler des chansons obscènes et à invectiver les infirmiers de veille.

Le lendemain, après les formalités d'admission, on pratique une première injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. qui le plonge dans un profond sommeil d'une durée d'une heure environ. L'excitation et l'insolence, qui se manifestent dès son réveil, obligent à pratiquer une deuxième injection de 100 ml du produit. Cette fois, le malade dort paisiblement durant huit heures, pour se réveiller calme et tranquille, s'alimenter correctement et se rendormir sans autre hypnogène. Le lendemain, la sédation est manifeste. Ver..., qui fixe encore difficilement son attention, est détendu, et à l'opposé de la veille, il semble faire des efforts pour répondre correctement aux questions qui lui sont posées. Une dernière injection est pratiquée dans l'après-midi, et la principale préoccupation du sujet est de manger le plus vite possible pour se remettre au lit et s'adonner au repos.

Dès lors, un traitement par voie buccale est institué ; le malade reste désormais calme et lucide, l'agressivité et l'érotisme ont disparu, et il rougit quand on évoque devant lui ses écarts de langage et ses poses indécentes.

La guérison obtenue, le patient est conservé en observation au pavillon où il rend quelques services.

Les rapports notent invariablement : Calme, serviable, s'alimente et dort bien.

Ver... Jacques quitte l'Hôpital psychiatrique le 1^{er} juillet 1957. Aucune rechute n'a été signalée à ce jour.

Observation n° 8. — Fran... Georges, né en 1924, ouvrier manuel, est admis le 3 août 1957 pour un accès maniaque aigu franc avec excitation psychomotrice, logorrhée, euphorie, aisance, grandiloquence et érotisme. Du 3 au 6 août, malgré la sismothérapie, le malade reste bruyant, turbulent, opposant et insomniaque. La nuit il se lève, se promène dans le dortoir et quand les veilleurs le maintiennent au lit, il se met à chanter et réveille les autres malades.

Un traitement au S.C.T.Z. est institué le 7 août 1957, à la dose de 2 g par jour en 4 dragées de 0,50 g.

Fran... Georges reste satisfait de lui-même, très loquace, parlant haut dans la journée ; mais il s'alimente bien et passe des nuits calmes ; son activité nocturne se réduit à des propos incohérents, des murmures à voix basse. On remarque, à partir du 13 août, un mutisme quasi total ; le malade est inactif, indifférent, et semble déprimé. Il émet de temps en temps quelques gémissements. On note, le 20 août, un ralentissement psychomoteur avec état subconfusionnel, qui persiste jusqu'au 27. Le malade devient désœuvré, inactif, indifférent, craintif et docile. Il s'alimente sans aide, puis reste somnolent dans son lit. Son comportement reste sans modification jusqu'au 10 septembre et, à partir de ce jour, on constate une nouvelle phase d'agitation analogue à celle que présentait le malade à son arrivée. Un traitement par injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. par jour est institué. Après les deux ou trois heures de sommeil qui suivent l'injection, le sujet se réveille calme et détendu. Il s'alimente normalement et dort profondément.

Cette appréciable amélioration se consolide et se dessine ; elle est maintenue à partir du 16 septembre par un traitement oral qui est poursuivi jusqu'au 2 octobre.

Le malade reste calme, sociable, aimable et serviable ; on le garde en observation pendant un mois, et, en l'absence de signes prémonitoires de rechute, sa sortie est décidée.

Observation n° 9. — Bru... Jean, né en 1902, cultivateur, est admis dans le service le 1^{er} avril 1957. Il est atteint de psychose cyclothymique. Sorti le 28 mars, il rechute dans les deux jours qui suivent sous la forme habituelle d'un accès maniaque, avec excitation psychique, cris, chants, insomnie. La sismothérapie est instituée dès son entrée. On ne note pas d'amélioration sensible de son état mental, pas plus d'ailleurs qu'après une cure de neurolégiques entreprise ensuite. Sans doute l'excitation psychomotrice diminue-t-elle légèrement, mais le malade reste loquace, instable, insomniaque et agité la nuit. Il se mêle de tout et ne tient pas en place. En désespoir de cause, on institue un traitement à base de S.C.T.Z. à la dose de 2 g par jour en 4 prises d'une dragée à 0,50 g à partir du 20 août 1957.

Dans les premiers jours, le malade reste bruyant et verbeux ; il s'alimente bien, mais ne dort que de 21 h à 3 h, puis trouble le sommeil des autres pensionnaires par sa turbulence. A plusieurs reprises, il se lève, se promène dans le dortoir et réveille ses voisins.

Une amélioration se dessine à partir du 23 août. La loquacité sans intérêt du sujet devient réduite dans l'ensemble ; Bru... est relativement calme, il somnole par intermittences, et, malgré son humeur instable et ses déambulations, n'importune plus les autres malades. Dans la journée,

errant sans bruit précis, il cherche à se rendre utile, mais ses occupations ne sont pas suivies. Il dort profondément la nuit.

On poursuit le traitement à la même dose ; le 12 septembre on remarque que le sujet semble soucieux et pensif ; maussade, ayant des contacts intermittents avec les autres malades, il évite le personnel et sa loquacité se réduit à quelques murmures inintelligibles.

Bru... présente une nouvelle phase d'excitation psychomotrice dans la nuit du 13 septembre. Bruyant, turbulent, il pousse des hurlements et empêche le sommeil de ses compagnons. Le lendemain, la crise se calme et il a tendance à redevenir soucieux, pensif, préoccupé. Il erre dans le quartier et semble égaré. Mais cette « dépression passagère » est de courte durée et le 18 septembre on note enfin une très nette amélioration dans le comportement du sujet qui devient aimable, souriant, serviable et actif. On consolide cette amélioration par la poursuite du traitement jusqu'au 3 octobre 1957. Bru... jusqu'à ce jour n'a pas rechuté.

Observation n° 10. — Tho..., divorcée Le..., née en 1921, ménagère sans profession, est admise pour un troisième accès maniaque le 16 juillet 1957. Comme pour les placements antérieurs, le certificat de 24 heures fait état d'une excitation psychomotrice avec logorrhée, euphorie, jovialité, théâtralisme, incohérence des propos.

Du 17 au 30 juillet 1957, elle est traitée par sismothérapie. L'insuffisance de l'amélioration constatée incite à poursuivre par une cure de neurolégiques, mais Mme Tho... reste agitée, surtout la nuit : elle se lève de son lit, se promène, crie, gesticule, réclame ses enfants, en un mot indispose toutes ses compagnes à un tel point que son placement dans un quartier de surveillance est décidé.

Un traitement au S.C.T.Z. est institué à partir du 25 septembre 1957. Après les deux heures de sommeil qui suivent l'injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. la malade est calme et détendue. Elle s'alimente raisonnablement et, pour la première fois depuis son entrée, passe une nuit paisible.

Cette spectaculaire amélioration est maintenue par une injection quotidienne de 100 ml de S.C.T.Z. pendant six jours qui régulièrement procure quatre à cinq heures d'une narcose profonde sans préjudice d'un sommeil physiologique de longue durée.

Au terme de cette thérapeutique, la malade ne présente plus qu'un état de légère hypomanie surtout marqué par l'aisance des propos et l'euphorie des sentiments.

La convalescence se poursuit dans un pavillon de malades calmes où Mme Tho... se rend utile.

Observation n° 11. — Le cas de Bal... Auguste est à rapprocher de l'état maniaque bien qu'il s'agit d'une démence artériopathique avec aphasie, agitation, insomnie et turbulence.

Bal... Auguste, né en 1897, jardinier, est admis le 8 mars 1956. Sujet bruyant, instable, incohérent, il est, en outre, insomniaque et gâteux. Les différentes thérapeutiques sont instituées dès son entrée, en particulier la cure de neurolégiques, sans donner de résultats notables.

Le 12 novembre 1956, Bal... conserve sa loquacité bruyante et incohérente, ses propos inintelligibles et son insomnie. On applique un traitement au S.C.T.Z. à la dose de 1,50 g par voie buccale en trois prises journalières.

Le 16 novembre, une amélioration se manifeste ; le malade doit être alimenté à chaque repas, mais il reste calme et somnolent par intermittences ; turbulent au début de la nuit, il s'endort ensuite d'un sommeil profond ; son gâtisme persiste.

Le traitement est poursuivi à cette dose jusqu'au 14 décembre 1956. la loquacité du malade fait place à des bégaiements incohérents. Le sujet reste gai, euphorique, mais calme ; il s'alimente seul et passe des nuits paisibles ; il devient de plus en plus malpropre, crachant sans cesse autour de lui.

Il est évident que chez ce malade en pleine involution intellectuelle, le seul résultat que l'on peut espérer est la normalisation de son comportement et l'équilibre de sa vie végétative. Ce but est atteint, et par la suite, Bal... est muté dans un quartier de malades chroniques où son bon comportement se maintient jusqu'à ce jour.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de nos observations nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

Le S.C.T.Z. fait régresser les paroxysmes d'excitation psychique (obs. 1, 3, 5, 6, 7).

Il permet la suspension des manifestations tapageuses ou tumultueuses (obs. 1, 3, 4, 7).

La loquacité bruyante fait place à des soliloques à voix basse, à des murmures plus ou moins cohérents (obs. 2, 3).

Les sujets sont calmes, ralentis, voire abattus (obs. 2, 8).

Certains sont signalés d'humeur maussade, d'autres subconfus, enfin, d'autres soucieux ou préoccupés (obs. 2, 8, 9).

Les patients se montrent plus dociles, moins réticents, et acceptent de s'occuper (obs. 1, 7).

L'amélioration du comportement permet et justifie souvent l'affectation à des services d'ergothérapie (obs. 5).

La « mise en veilleuse » du sujet, le « fading » de la turbulence, la détente et la relaxation sont rapidement obtenus. Avec la transition d'un ensemble hypomaniaque, le comportement se normalise et nous notons la disparition des attitudes menaçantes, des sursauts d'agressivité et des campagnes de démoralisation des autres patients.

Cette amélioration spectaculaire est due à une correction radicale des perturbations du sommeil, à un rétablissement rapide, chez les malades, d'un rythme nycthémeral normal, qui est confirmé par les rapports des veilleurs : nuit calme, sommeil bon, paisible et profond. A la fin de leur convalescence, les sujets se déclarent très satisfaits d'un traitement que certains affirment « être doux, efficace, et laissant intacte une parfaite lucidité » (obs. 4).

CHAPITRE IV

PSYCHOSE D'ÉVOLUTION AIGUË. ÉTAT MÉLANCOLIQUE

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Rappelons qu'à l'inverse de la manie, la mélancolie se caractérise par la dépression de l'activité psychique et motrice pouvant aller jusqu'à la stupeur. Le début, généralement lent et insidieux, se caractérise par la tristesse, l'insomnie et l'anorexie.

A la période d'état, l'inhibition de la volonté et la concentration douloureuse de la pensée se reflètent dans la physionomie du mélancolique et dans son comportement :

Mouvements lents, gestes rares, parole basse, hésitante, traînante, regard terne ;

Lassitude de la vie, atonie, aboulie, apathie ;

Anorexie et même sitiophobie, insomnie, ralentissement de tous les métabolismes.

L'inquiétude et l'anxiété peuvent colorer cette prostration psychique.

Nous avons traité plusieurs malades dont voici quelques observations résumées.

OBSERVATIONS

Observation n° 12. — Le... Jean, né en 1910, mouleur, est admis le 9 juin 1957 après une tentative de suicide par noyade.

A son arrivée, il se présente sous les traits d'un mélancolique grave, anxieux, en proie aux idées d'indignité, de persécution, de ruine morale

et matérielle, accusant des perceptions hallucinatoires au niveau de ses viscères digestifs et de ses organes génitaux, et une insomnie qui dure depuis plusieurs semaines. L'examen du psychisme permet de déceler des troubles des fonctions intellectuelles à prédominance mnésique.

A l'examen neurologique, on note une diminution générale des réflexes tant ostéotendineux que cutanés ou pupillaires.

A l'examen physique, on ne retient qu'une baisse modérée de la tension artérielle.

(A signaler qu'il existe chez le malade une hérédité collatérale : un frère aurait été interné à l'âge de vingt ans pour des troubles apparemment dépressifs.)

Le jour même de son admission, Le... reçoit 2 g de S.C.T.Z. en injection intraveineuse ; il dort trois heures, mais reste craintif, gémissant, anorexique et insomniaque. Le lendemain, une autre injection provoque un sommeil de trois heures, une prostration prolongée avec immobilité totale. Une perfusion sous-cutanée complémentaire de 250 ml lui octroie une nuit sereine. Une nouvelle injection de 100 ml est pratiquée les jours suivants et le traitement est poursuivi par voie buccale à raison de 1 g de S.C.T.Z. *pro die*. Dès le 13 juin, l'anxiété s'efface, les hallucinations viscérales s'estompent, les idées délirantes d'incurabilité se rectifient, les idées de ruine se désagrègent. Progressivement se manifeste la reprise de l'activité : le malade s'intéresse à la lecture des journaux, écoute régulièrement les informations radiophoniques, et fait les courses à l'intérieur de l'établissement.

La sortie est rapidement envisagée à la demande de sa famille.

Observation n° 13. — Da. Pierre, né en 1901, ouvrier d'usine, est admis le 6 juin 1957 pour mélancolie avec idées d'empoisonnement et refus d'aliments, douleur morale et idées de suicide. D'après les renseignements qui nous sont fournis à l'entrée, l'affection, qui remonterait à plusieurs mois, se serait signalée par de l'apragmatisme, de l'inertie et quelques troubles mnésiques.

En fait, la bradyphrénie va de pair avec un ralentissement de tous les métabolismes : pouls à 70, tension artérielle à 12/8, urée sanguine à 0,48 g pour 1000, constipation opiniâtre. Dans les premiers temps qui suivent l'admission, la sismothérapie conjuguée aux neuroleptiques a raison des idées délirantes d'empoisonnement et permet dans une certaine mesure la réalimentation. Cependant, l'insomnie persiste et quinze jours après le dernier choc électrique on décide de pratiquer un traitement par le S.C.T.Z.

Première injection le 30 juin, de 100 ml : sommeil d'une demi-heure. Une perfusion sous-cutanée entreprise au réveil, à la dose de 250 ml, endort le malade pour une durée de trois heures. Nuit calme.

1^{er} juillet : injection intraveineuse de 100 ml ; trois heures de sommeil. Alimentation normale.

Les 2, 3 et 4 juillet : même traitement.

A partir du 5 juillet, on poursuit la thérapeutique avec 1 g de S.C.T.Z. *per os*, par jour, jusqu'au 10 juillet.

Da... Pierre retrouve le sommeil et l'appétit, il rectifie entièrement ses idées délirantes ; détendu, il joue aux cartes avec les autres malades, se montre serviable, intéressé ; il essaie de s'occuper à quelques menus travaux à l'intérieur du quartier. Six semaines après son admission, des pourparlers sont engagés avec sa famille aux fins de réinsertion sociale,

et deux mois après son entrée, Da... Pierre quitte le service pour reprendre son travail. Aux dernières nouvelles, l'amélioration se maintient.

Observation n° 14. — Bou... Ali Ben Arab, né en 1938, manœuvre d'usine, est admis le 1^{er} août 1957. Il présente un état dépressif atypique paraissant réactionnel à la situation actuelle en Algérie et à l'impossibilité provisoire de pouvoir s'y rendre. Il est psychasthénique et hypochondriaque, inerte, mutiste, maniéré et sitiophobe. Il a des idées de mort imminente avec mauvais état général.

Dès son entrée, la sismothérapie conjuguée aux neuroleptiques est instituée. Une légère amélioration se manifeste, le malade s'alimentant et dormant bien, mais son fond mental reste sans changement. Il est toujours aussi inerte et apragmatique ; maussade, il s'enferme dans un semi-mutisme, répondant par monosyllabes aux questions qui lui sont posées.

Le traitement au S.C.T.Z. est entrepris le 6 août 1957 à la dose de 1 g par jour. Le malade reste calme, mais son facies, figé et triste, reflète d'intenses préoccupations ; ses réponses sont sensées, mais laconiques. Il est ralenti et peu communicatif, il paraît constamment soucieux et inquiet ; inactif, il s'alite chaque après-midi d'ailleurs sans dormir ; il semble isolé moralement.

Le traitement est poursuivi, en doublant les doses à partir du 2 septembre. Une amélioration progressive se dessine ; Bou... Ali, qui a été très impressionné par le décès d'un autre malade, recommence à s'alimenter raisonnablement. Il devient calme et souriant, détendu, dormant d'un sommeil ininterrompu, sans, pour autant, reprendre une activité utile ; il se promène dans le pavillon et se mêle aux conversations des autres malades.

A partir du 6 septembre 1957, il accepte de s'occuper aux travaux de ménage ; il est aimable et bienveillant, mais émotif et appréhensif. Il reste docile aux soins qui lui sont prodigués, mais commence cependant à se préoccuper de sa sortie. Devant la stabilité de son amélioration, et en l'absence de signes prémonitoires de rechute, une sortie d'essai d'un mois est accordée le 26 septembre 1957, transformée par la suite en sortie définitive.

Aux dernières nouvelles, l'équilibre du malade se maintient.

Observation n° 15. — Flie... Maurice, né en 1934, dessinateur industriel, accomplit son service militaire dans une unité cantonnée en Alsace. Il a été incorporé en novembre 1955 et en janvier 1956, il a fait un épisode dépressif pour lequel il a été traité en mars-avril de la même année au Val-de-Grâce.

En mai 1957, il rechute et se déclare obsédé par l'idée de la folie de sa mère. (Mme Flie... a, en effet, été traitée par électrochocs à Strasbourg en 1954.) Sujet intelligent et observateur, Flie... analyse parfaitement les sentiments qui l'agitent : impression d'étrangeté, de vide, d'incertitude, d'« être hors du circuit ».

Flie... est d'abord traité à Strasbourg par un médecin de famille qui lui conseille un calmant à base de bromure et un tranquillisant. Mais son état obsessionnel s'aggravant, il est hospitalisé à l'hôpital Lyautey de Strasbourg et transféré à l'hôpital militaire Sédillot de Nancy.

Il est adressé au Centre Psychothérapique de Nancy le 8 août après échecs successifs d'une cure de sommeil et d'une sismothérapie, avec

le bulletin d'hospitalisation suivant : « Etat dépressif récidivant chez un psychasthénique. Actuellement, agitation, anxiété. »

En fait, il s'agit bien d'une confusion agitée avec angoisse, appels stéréotypés « Au secours », hyperthermie à 38,5°, sueurs, insomnie.

Le 9 août, on pratique, à 10 h du matin, une première injection de 100 ml de S.C.T.Z. Le sujet dort exactement une minute, mais prétend avoir gardé la sensation d'un sommeil de vingt-quatre heures.

Une seconde injection de même dose à 15 h ne procure que quatre minutes de repos. Par contre, après une troisième injection à 20 h 30, le malade passe une nuit tranquille pendant laquelle il dort profondément.

Le 10 août au matin, Flie... Maurice est calme, reposé, moins angoissé. Deux nouvelles injections sont pratiquées à 15 h et 20 h. Le 11 août il est tranquille, détendu, et se souvient à peine des troubles qu'il a présentés. Il croit se rappeler avoir crié « Au secours » parce qu'il y avait un incendie et qu'il s'en croyait responsable. (En fait, il y avait de fortes lueurs d'orage.)

Le 12 août, Flie... fait des efforts pour combler les lacunes de sa mémoire et s'interroge sur son avenir mental. L'analyse de son psychisme montre qu'il a toujours été un scrupuleux, très précautionneux, multipliant sans cesse les contrôles de sûreté (fermeture du gaz, de l'électricité, des portes, etc.).

Le 16 août, Flie... demande à être occupé dans les services d'ergothérapie. Distrait de ses soucis antérieurs par l'intérêt du travail auquel il se consacre, il voit son état se fixer dans une amélioration qui permettra une sortie précoce.

Ce malade a quitté l'établissement le 22 août 1957. Une lettre reçue récemment fait mention de son parfait équilibre actuel.

Observation n° 16. — Arn... Gaston, né en 1918, couvreur, est admis dans le service le 20 juin 1957. Il présente un état psychoneurasthénique avec idées obsédantes de suicide dont une tentative récente par absorption massive de largactil. Pour l'élégance de la présentation du travail on inscrit dans la classe des états dépressifs ce sujet dont les idées actives de suicide ne sont pas essentiellement d'origine mélancolique, mais trouvent plutôt leur origine dans une psychonévrose obsessionnelle de long cours.

Arn... est traité à son arrivée par sismothérapie, mais son état mental ne s'améliore pas.

On institue une cure de Sakel qui ne donne pas plus de résultat. Le malade reste abattu et apathique, se prétend « sans forces » et formule continuellement des doléances relatives à son état de santé, réclame des médications stimulantes, s'alimente à peine et dort peu. Le traitement au S.C.T.Z. est institué à partir du 13 août 1957 à la dose journalière de 4 dragées à 0,50 g. On remarque à partir du 16 que le sujet devient calme et souriant ; il discute volontiers et tient des conversations logiques. Sa rumination mentale s'estompe, mais il reste réceptif aux propos démoralisants que lui tient un de ses camarades. Le lendemain, à l'occasion d'une visite de sa femme, il réclame sa sortie.

On poursuit la thérapeutique par la voie orale jusqu'au 22, et le 23 août, sur la demande du malade, on commence les injections à la dose de 100 ml par jour.

Arn... dort de trois à quatre heures après chaque administration par voie parentérale du produit, et, à son réveil, il est jovial, euphorique,

assez exubérant dans ses conversations. Mais il essaie de se rendre utile, s'alimente normalement et dort profondément la nuit. Le 28 août, le traitement est repris par la voie orale à la dose de 2 g par jour. Le malade se plaint parfois de gastralgies calmées par le bicarbonate de soude, et de lombalgies fugaces ; son sommeil est profond et continu ; il devient utile, aimable, serviable, souriant, enjoué et dynamique, mais il conserve cependant au fond de lui-même son complexe morbide hypochondriaque. On poursuit la thérapeutique jusqu'au 2 octobre 1957 sans noter un changement notable de l'état mental et du comportement.

Devant la persistance des idées obsessionnelles une lobotomie est décidée ; elle a lieu dans de bonnes conditions le 24 octobre 1957. Le malade est actuellement détendu, il a perdu le souvenir de ses préoccupations obsédantes. Seul l'avenir nous dira si cette amélioration est stable et définitive.

Observation n° 17. — Kem... Amar, né en 1908 à Constantine, entre au service le 7 mai 1956 venant de l'hôpital central de Nancy.

En France depuis 1946, il a travaillé pendant neuf ans dans une usine de Montbard (Côte-d'Or). Excellent manœuvre, bien considéré par ses patrons, c'est un sujet habituellement sobre. Après une ivresse accidentelle, au cours de laquelle il a été insulté par ses camarades, il demande son compte et part en direction de Nancy. En gare de Reims, devant de prétendues provocations d'un voyageur, il essaie de se trancher la gorge avec un couteau (cicatrice visible). Kem... est un sujet fruste, qui n'a jamais été à l'école, ne sait ni lire ni écrire, mais parle cependant correctement le français.

A son entrée au Centre, il est déprimé, fatigué, mélancolique, désorienté ; à tout instant il se lève, se met au garde-à-vous et salue militairement. A voix basse et presque inintelligible, il exprime sans cesse une préoccupation constante, celle d'aller retrouver ses enfants.

Il est traité vainement et successivement par électrochocs, cure de sommeil, cure de serpasil, cure de largactil-phénergan. Finalement une cure de Sakel, en décembre 1956, provoque une nette amélioration, mais le malade fait une rechute soudaine avec tentative de suicide. Une nouvelle cure d'insulinothérapie est vouée à l'échec. Le malade reçoit du S.C.T.Z. (100 ml par jour par voie intraveineuse), les 4, 5, 6 et 7 septembre 1957.

Mais cette nouvelle thérapeutique n'apporte aucun résultat appréciable. Kem... reste tourmenté, mélancolique, déprimé, apragmatique. Il manifeste un laisser-aller complet et refuse de se lever. Ses tendances au suicide exigent une surveillance spéciale de tous les instants.

Observation n° 18. — Leb... Hubert, né en 1897, cultivateur, est admis dans le service le 14 septembre 1957. Il présente un état dépressif grave, semblant évoluer depuis quelques mois avec prostration, concentration douloureuse, lenteur d'idéation, refus partiel d'aliments et insomnie. Pas d'idées délirantes nettement exprimées, mais fonds d'involuntisme net avec sénilité précoce et affaiblissement marqué du jugement.

Du point de vue physique, le malade présente une légère insuffisance cardiaque avec un pouls à 106 et une tension artérielle de 13/8. Dix jours de traitement par des neuroplégiques n'apportent aucune modification dans l'état mental et le comportement du sujet. Leb... reste prostré dans son lit, plongé dans d'amères réflexions ; il est aboulique, adynamique et insomniaque ; il s'alimente à peine.

Du 27 septembre au 1^{er} octobre 1957, on institue un traitement par le S.C.T.Z. : 2 g par jour par voie veineuse. Dès le 28 au soir, une amélioration se dessine, se fortifiant dans les jours suivants. Dans la journée le malade est sthénique, il s'alimente bien et même se suralimente au prix de quelques douleurs abdominales. Il rapporte à une sinusite chronique des maux de tête paroxystiques vespéraux. Les nuits sont calmes.

Le traitement terminé, le malade, jovial et souriant, déclare se sentir suffisamment fort pour se lever et travailler un peu.

On accède à son désir, mais on doit le réaliter le 5 octobre pour un œdème des membres inférieurs d'origine cardio-rénale.

Malgré cette défaillance physique, le sommeil reste bon et la convalescence psychique se poursuit favorablement jusqu'à permettre l'exeat après un court séjour dans un pavillon de travailleurs en semi-liberté.

Observation n° 19. — Rog... Léon, né en 1900, agriculteur-propriétaire, est sujet à des accès mélancoliques à rechute. Il est interné pour la troisième fois le 26 mars 1957 après une tentative de suicide qui a laissé un sillon de strangulation apparent sur le côté gauche du cou.

Guéri par sismothérapie et neurolégiques, le 18 avril 1957, il quitte l'établissement pour y revenir deux jours plus tard en proie aux idées délirantes d'auto-accusation, de ruine et d'incurabilité.

Une nouvelle association de sismothérapie, neurolégiques et barbituriques permet un nouvel essai de sortie le 6 juin 1957, mais le malade rechute et il est de nouveau admis le 21 septembre avec le bulletin suivant : « Dépression mélancolique cyclique avec vive anxiété, idées de suicide collectif, insomnie rebelle à toute thérapeutique, refus partiel d'aliments, prostration continue, apragmatisme total. »

D'emblée un traitement par le S.C.T.Z. est institué. Dès la première injection, le 25 septembre 1957, on obtient, avec 100 ml de S.C.T.Z. intra-veineux, quatre heures de sommeil.

Après une deuxième injection, le lendemain, la narcose n'est que d'une heure, mais le sujet reste somnolent pendant huit heures, et se rendort profondément après le repas du soir.

Après le traitement du 27 septembre, le sujet se plaint de céphalées, mais il s'alimente bien et dort mieux. On observe peu de changement dans les jours qui suivent malgré la poursuite du traitement à raison de 100 ml de S.C.T.Z. par jour. Le patient s'alimente normalement, passe des nuits calmes et paisibles, mais si apparemment il paraît plus détendu, se promenant et conversant avec les autres malades, il n'en garde pas moins cependant des idées de ruine solidement ancrées.

Observation n° 20. — Ger... Julien, né en 1903, cultivateur, est admis dans le service le 12 octobre 1957 pour accès dépressif caractérisé par un profond découragement et une rumination mentale continue. Cette mélancolie semble s'être développée sur un terrain psychasthénique avec tendance aux obsessions, insomnie et refus partiel d'aliments.

Dès son entrée, ce malade attire notre attention sur un priapisme apparu au cours d'une hospitalisation précédente dans un service de neurologie de Nancy, où il a été traité pour céphalées frontales. A l'époque, un examen électroencéphalographique avait démontré l'origine névropathique des algies invoquées.

Deux jours après la mise en œuvre d'un traitement à base de neurolégiques le sujet présente de nouveau un priapisme très douloureux,

continu, persistant, empêchant le sommeil, inquiétant le malade qui « souffre le martyr ».

On institue dans ces conditions un traitement symptomatique (nesdonal intraveineux), mais, au réveil d'une narcose de courte durée, la douleur reste aussi vive qu'auparavant.

Devant l'échec des essais de thérapeutique étiologique à base d'héparine et d'acétylcholine, on pratique le 16 octobre 1957 une première injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. et on entretient un sommeil continu par des injections répétées du produit à des intervalles moyens de huit heures. Le 19 octobre, la cure de sommeil prolongée n'a pas abouti au résultat escompté et devant la persistance du priapisme, force est de transférer le malade au service de chirurgie de l'hôpital régional aux fins d'incision des corps caverneux.

Observation n° 21. — Mme Car... Barbara, née en 1918, infirmière, est admise en cure libre le 27 novembre 1957 pour un état dépressif grave consécutif à un deuil familial soudain et brutal.

La malade présente le jour de son admission une anxiété très vive, de l'insomnie, des cauchemars, des idées de mort imminente, et éprouve une certaine angoisse à rester seule dans l'obscurité ou même à la lumière.

D'emblée un traitement au S.C.T.Z. est institué. Une injection quotidienne de 100 ml par voie veineuse pendant cinq jours provoque le retour à un sommeil profond et paisible et à une alimentation raisonnable. L'anxiété diminue et les crises d'angoisse deviennent de moins en moins fréquentes.

Bien améliorée, la malade poursuit actuellement à domicile son traitement par voie buccale à la dose de 2 g de S.C.T.Z. par jour. Son équilibre psychique se maintient et sa guérison s'annonce par une reprise progressive de l'activité ménagère.

CONCLUSIONS

D'une façon très générale, la mélancolie réagit beaucoup moins bien que la manie à la thérapeutique par le S.C.T.Z.

L'analyse des différents cas que nous avons traités montre que les résultats tiennent, d'une part, à la posologie et au mode d'administration du produit, d'autre part, à la forme de la psychose dépressive.

En ce qui touche au premier point, et compte tenu de l'efficacité moindre des doses faibles, les résultats réellement intéressants se voient surtout dans les perfusions veineuses du produit.

En ce qui concerne le second point, les malades les plus réceptifs sont ceux chez lesquels existe une composante psychique positive, qu'elle soit de type délirant, obsessionnel ou anxieux.

Les états qui évoluent d'emblée sous une forme de stupeur ou de torpeur, avec inertie, aboulie, morosité sont généralement réfractaires (obs. 17). Il en est de même des cas d'involution sénile conjointe (obs. 19) ou de syndromes algiques surajoutés (obs. 20).

Par contre, les obsédés (obs. 16), les hypocondriaques (obs. 14) tirent de la cure un bénéfice plus ou moins marqué. Il en est de même de certaines formes délirantes au cours desquelles les idées illogiques s'estompent et se rectifient (obs. 12, 13).

Mais c'est surtout dans l'anxiété que les guérisons sont les plus spectaculaires. Les crises répétées d'angoisse diminuent de fréquence en quelques jours de traitement, comme dans l'observation 21. La « grande peur » confusionnelle cède elle-même en 48 heures, comme chez le malade n° 15. Dans tous les cas, le sommeil est très rapidement rétabli et plus le cas a été aigu, plus la sortie peut être précoce.

Au total, le S.C.T.Z., moins brillant dans la mélancolie, surtout en administration orale, est une thérapeutique héroïque, par perfusion veineuse, dans les états d'anxiété aiguë.

CHAPITRE V

PSYCHOSES D'ÉVOLUTION AIGUË. ÉTAT DÉLIRANT D'ORIGINE ÉTHYLIQUE

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Le *delirium tremens*, rappelons-le, se présente sous les traits cliniques suivants.

Du point de vue mental : délire hallucinatoire aigu avec onirisme, hallucinations visuelles terrifiantes, le plus souvent zoopsiques, et angoissantes ou professionnelles. Agitation désordonnée, aspect hagard et confus.

Du point de vue neurologique : tremblements généralisés à grandes oscillations, symptôme qui a donné son nom à l'ensemble clinique, parfois attaques épileptiformes.

Du point de vue somatique : hyperthermie d'origine centrale avec accélération du pouls, déshydratation, déséquilibre métabolique, état saburral des voies digestives, langue sèche, fuligineuse, et fendillée, sueurs profuses.

Le *delirium tremens* est un signe habituel d'imprégnation éthylique profonde ; toutefois, il peut apparaître au cours d'un sevrage brutal dans les formes dites *a potu suspenso* ou se déclencher à la faveur d'une affection intercurrente entraînant une abstinence relative.

OBSERVATIONS

Observation n° 22. — Faul... Raymond, né en 1903, caviste, est admis dans la nuit du 15 mai 1957 pour état de prédelirium tremens avec réactions violentes en milieu familial.

On relève dans les antécédents du malade un éthylisme chronique avec un épisode confuso-onirique, traité en 1954 dans un service de médecine, ainsi qu'une insuffisance hépatique avec ictère à la même époque.

A l'entrée, l'agitation trémulante du patient paraît entretenue par un délire confuso-onirique à thème professionnel ; des zoopsies et des réactions de fuite nécessitent la contention dès son arrivée.

L'état général est très médiocre : insuffisance hépatique aiguë, caractérisée par une cirrhose à sa phase anascitique, troubles de la crase sanguine avec diminution du temps de saignement, taux de prothrombine à 70 pour cent, souffle d'insuffisance aortique, hypotension artérielle à 9/5, hyperthermie à 39,2° et une déshydratation avec langue sèche, dépouillée et rôtie.

La thérapeutique est instituée immédiatement. La première injection de 100 ml de S.C.T.Z. a pour effet de ramener le calme et procure un sommeil profond jusqu'au matin.

Le 16 mai, une heure après l'éveil, on note un nouvel accès d'agitation avec onirisme. Une seconde injection provoque une sédation totale et spectaculaire de l'activité onirique, et bien que le malade n'ait dormi qu'une heure, il n'en reste pas moins calme dans son lit, ce qui nous permet d'entreprendre dans de bonnes conditions des perfusions de sérum salé, glucosé et bicarbonaté. Le rapport de veille signale une nuit calme.

Le 17 mai on institue une perfusion sous-cutanée de 250 ml de S.C.T.Z. avec hyaluronidase. L'opothérapie hépatique, la vitaminothérapie et la réhydratation sont poursuivies parallèlement. La température baisse à 37,8° et on remarque ce jour une amélioration très nette de l'état mental. Le sujet bien orienté dans l'espace, est encore relativement désorienté dans le temps ; il déclare « il me semble avoir dormi une éternité ».

Mentalement guéri, Faul... quitte l'établissement le 27 juin, sans avoir subi de cure de répulsion en raison de son état général très médiocre.

A sa sortie, les séquelles biologiques de son insuffisance hépatique se résument à un test de Hanger positif et à un test de MacLagan à 47 unités Meunier.

Observation n° 23. — Aub... Jean, né en 1924, ouvrier agricole, est admis le 3 juin 1957 pour la troisième fois dans un intervalle de huit mois. A la fois débile mental et buveur invétéré, il présente de nombreux stigmates somatiques d'imprégnation éthylique.

A l'examen du psychisme, on note un délire confuso-onirique : le sujet se croit à l'hôpital militaire de Saigon où il a fait un séjour pour amibiase, dix ans auparavant. Les propos sont incohérents, la dés-orientation temporo-spatiale est complète.

L'interrogatoire est impossible, car le malade a des hallucinations visuelles terrifiantes et il essaie de fuir devant ses visions. Cet épisode aigu est apparu à la suite d'une chute de bicyclette sans gravité, le sujet étant ivre à ce moment.

A l'examen physique on note : un tremblement généralisé et dés-ordonné, une inégalité des réflexes rotuliens, très vifs à gauche, à peine marqués à droite, un état général médiocre ; la déshydratation est nette, l'hyperthermie est à 39,6°, le pouls bat à 120 pulsations par minute, et la tension artérielle est de 14/8.

La thérapeutique est immédiatement mise en œuvre. Une injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. permet au malade de s'endormir rapidement, mais d'un sommeil entrecoupé de cauchemars et de zoopsies terrifiantes. Une heure plus tard, une nouvelle injection de 100 ml plonge le malade dans un sommeil profond, avec soupirs et sanglots inconscients. Au réveil, le 4 juin 1957, après avoir dormi douze heures de suite, Aub... accuse des céphalées temporales droites très violentes, continues, un moment rebelles à l'acide acétylsalicylique, mais qui se dissipent cependant dans la matinée. Du point de vue mental, tout en restant relativement désorienté dans le temps, il se repère dans l'espace et reconnaît les infirmiers qui l'ont soigné auparavant, au cours de ses internements antérieurs. Il explique ses zoopsies par des flammes, venant lui lécher les mollets. Ayant conscience de son état, il se prête docilement à la thérapeutique.

On pratique une nouvelle injection intraveineuse de S.C.T.Z. Le jour même à 9 heures, le malade dort paisiblement, se relève à l'heure des repas pour s'alimenter correctement et se rendort aussitôt. Parallèlement, une thérapeutique des troubles physiques est mise en œuvre.

Le 5 juin 1957, la température du sujet revient à 37,5° et son pouls à 88. Une nouvelle injection veineuse et une perfusion sous-cutanée de 250 ml permettent de maintenir le calme diurne et de rétablir un sommeil physiologique normal.

Un traitement oral est poursuivi encore quatre jours à raison de 1 g par jour en quatre prises pour consolider la guérison.

Trois semaines après, la sortie est accordée et aucune rechute n'est signalée à ce jour.

Observation n° 24. — Guer... Ferdinand, né en 1898, serveur dans un bar, est admis dans le service le 2 août 1957 pour éthylysme chronique de vieille date. Il arrive dans un état de prédelirium tremens avec confusion mentale aiguë, onirisme terrifiant, agitation motrice, sitiophobie et insomnie. Son état général est médiocre : température à 38°, tachyarythmie, insuffisance hépatique, polynévrite des membres inférieurs. Le traitement au S.C.T.Z. est institué d'urgence.

Le 3 août 1957, Guer... reçoit la première injection de 100 ml de S.C.T.Z. intraveineux à 10 heures. Il dort jusqu'à 11 h 45 et à son réveil il est désorienté et instable. Trémulant, mouillé de sueurs profuses et hyperthermique à 39,1°, il reste turbulent jusqu'à minuit, puis une deuxième injection le rendort jusqu'au matin.

Le 4 août, la troisième injection est pratiquée à 10 h ; le malade sombre dans l'inconscience. Réveillé à midi, il s'alimente peu et se recouche jusqu'à 14 h 30. Par la suite il reste calme, mais désorienté puis dort une grande partie de la nuit. On note l'incontinence des urines.

Le 5 août, la quatrième injection a lieu à 9 h 45 ; le malade présente une apnée de quelques secondes avec cyanose, mais dès qu'on diminue la vitesse d'injection, tout rentre dans l'ordre. Calme et somnolent toute la journée, il s'alimente légèrement et passe une bonne nuit. Le lendemain, le malade est subconfus ; il demande où se trouve la cave pour « aller boire un litre ». Son hyperthermie est à 38,4° et on remarque l'apparition d'œdèmes aux membres inférieurs. Une nouvelle injection l'endort profondément. A son réveil, il a conscience de sa situation ; bien orienté dans le temps et dans l'espace, il affirme que c'est la troisième fois que ses jambes enflent.

On poursuit la thérapeutique jusqu'au 9 août 1957, et devant l'amélioration de l'état mental et la sédation des troubles, on arrête le S.C.T.Z. pour continuer les vitamines et les extraits hépatiques. Sorti le 6 septembre 1957, le malade, qui donne parfois de ses nouvelles, ne signale aucune rechute.

Observation n° 25. — Mich... Paul, né en 1923, entre au service le 16 septembre 1957 amené par ambulance en état de subdelirium.

Marié, père de trois enfants, cultivateur et alcoolique comme ses parents dont il partage la ferme, il boit trois litres de vin rouge en moyenne par jour, ne mange plus et fait des cauchemars nocturnes.

Le 13 septembre il subit une cure radicale d'hernie inguinale ; au bout de 48 heures, il présente une crise de delirium ; très agité, halluciné, il est dirigé sur le Centre Psychothérapique de Nancy.

A son admission, le 16 septembre 1957, il est en pleine confusion onirique ; le sujet est très amaigri, sa tension artérielle est à 16/9 et sa température à 39,8°.

A 18 heures, on lui administre 100 ml de S.C.T.Z. Le lendemain il est bien calmé, bien orienté, apyrétique ; sa température revient à 37,5°.

Le 18 septembre 1957, il est toujours tranquille ; il mange et dort bien, il reconnaît qu'il est victime du vin rouge. On pratique une deuxième injection malgré le retour à la lucidité.

La cure de désintoxication est entreprise à partir de ce jour selon la méthode classique, à savoir : alcool intraveineux, strychnine, benerva forte, extrait hépatique, docémine.

Le 25 septembre 1957, la plaie opératoire étant bien cicatrisée, on enlève les agrafes.

A partir du 30 septembre, on entreprend la cure à l'espéral à raison d'un comprimé le matin pendant un mois. Le traitement est très bien admis et supporté. Le malade, de très bonne moralité, excellent travailleur, s'occupe spontanément dans le service.

Le 28 octobre, il sort par guérison. Il déclare :

« Ma femme me disait toujours que je buvais de trop. Je n'aurais jamais cru qu'en travaillant de force toute la journée comme moi, que trois litres de vin rouge, et rien que du vin rouge, me feraient du mal. Il a fallu que l'on me fasse interner pour qu'enfin je comprenne que je buvais de trop à la maison. Croyez bien que je continuerai sérieusement mon traitement à l'espéral ; j'ai trois enfants à élever. »

Le malade adresse une lettre au surveillant le 1^{er} novembre 1957 dans laquelle il affirme qu'il a repris son travail normalement et qu'il est décidé de ne plus boire.

La guérison, pour rapide qu'elle soit, paraît stable.

Observation n° 26. — Kusi... Waclau, né en 1900, ouvrier agricole, est admis dans le service le 20 septembre 1957 pour accès confusonoirique d'origine éthylique. Il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace, tient des propos incohérents, et, à l'interrogatoire, donne toujours des réponses à côté des questions. On note à l'examen physique un tremblement généralisé, une légère cyanose des lèvres, un gros foie dur débordant de deux travers de doigt, un pouls à 88, une tension artérielle à 14/10 et une température à 38,5°.

A douze heures on pratique une première injection de 100 ml de S.C.T.Z. et 20 ml de ClNa à 20 pour cent par voie intraveineuse. Le

malade s'endort lourdement en deux minutes jusqu'à 14 h 15. A 18 h sa température est de 38,3°, son pouls à 88 et sa tension artérielle à 15/9. On renouvelle l'injection de 100 ml de S.C.T.Z. qui plonge le malade dans un sommeil sans rêve jusqu'au matin.

Le 21 septembre, le sujet est plus calme mais encore désorienté et onirique. Le tremblement a nettement diminué. A 10 h sa température est à 37,7°, son pouls à 88, et sa tension à 13/7.

Une injection de 100 ml de S.C.T.Z. et 10 ml de ClNa à 20 pour cent lui permet de se rendormir jusqu'à 16 h, calmement, sans cauchemars.

A son réveil, le malade, plus lucide, arrive à répondre correctement aux questions concernant son état civil et ses antécédents. Il dort profondément toute la nuit.

Le 22 septembre 1957 a lieu la dernière injection de 100 ml de S.C.T.Z. Le malade dort quatre heures et à son réveil, il n'est plus délirant. Un interrogatoire est possible, car il est conscient de son état antérieur.

A partir du 25 septembre, on entreprend une cure de désintoxication chez ce malade dont les tests hépatiques sont à peine perturbés. Il faut mentionner qu'en plus du S.C.T.Z. on a employé les thérapeutiques complémentaires classiques, à savoir : curéthyl, extraits hépatiques, vitamines, antibiotiques.

Observation n° 27. — Greg... Jules, né en 1895, ouvrier d'usine, est admis le 25 septembre 1957 dans le service pour délire confuso-onirique d'origine éthylique avec agitation désordonnée, tremblement généralisé, onirisme nocturne, hyperthermie à 38,8°, déshydratation et insuffisance hépatique et cardiaque. La thérapeutique est instituée dès son entrée.

Le 26 septembre, à 10 h 20, il reçoit une première injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. Le malade s'endort aussitôt et se réveille à 12 h 15. Une nouvelle injection est pratiquée à 13 h. Le patient se réveille à 16 h, et reste agité, trémulant, turbulent.

A 20 h, en plus du curéthyl, on lui administre des tonicardiaques et des antibiotiques. Il passe une nuit agitée dans l'ensemble, avec sommeil profond par intermittences.

Le 27 septembre, on adopte la même conduite du traitement. La température revient à la normale (37,2° à 5 h et 36,9° à 16 h) et la tension artérielle s'abaisse de 19/11 à 13/9. Le malade reste calme à partir de 16 h, mais confus ; il passe une nuit paisible, sans onirisme.

Le lendemain, la même association médicamenteuse est maintenue. On note chez Greg... une sédation de l'agitation et la disparition du tremblement, une lueur de lucidité malgré la persistance de la désorientation. Le malade s'alimente bien et dort la majeure partie de la journée et toute la nuit. L'onirisme a entièrement disparu. Le 29 septembre 1957, on poursuit le traitement uniquement par le S.C.T.Z. *per os* et les antibiotiques. L'amélioration est très nette. Greg..., bien orienté dans le temps et dans l'espace, critique ses troubles antérieurs et les attribue avec justesse à ses excès éthyliques.

Une cure de désintoxication est dès lors entreprise avec d'honnêtes chances de réussite.

Observation n° 28. — Ver... Fernand, né en 1911, cultivateur, est admis le 7 octobre 1957 dans un état de subexcitation confusionnelle avec tremblement et hyperthermie à 38°, symptomatique de prédelirium.

Un traitement à base de largactil, vitamines, sérum, antibiotiques, sulfate de strychnine est aussitôt institué, mais le malade reste turbulent, confus, halluciné et hyperthermique. Il rêve de tamponnements de voitures, voit des gens batailler autour de lui, des vaches se combattre dans des parcs, des chaudières monter en pression et prêtes à éclater.

Le 12 octobre 1957, après une injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z., le sujet s'endort profondément et son maintien devient inutile. A son réveil, il est calme, il s'alimente bien et boit énormément.

Le 13 octobre, une nouvelle injection a raison de l'agitation confusionnelle du petit jour et provoque un sommeil de longue durée interrompu seulement par les obligations d'alimentation et d'exonération.

Du 14 au 16 octobre, le malade reçoit chaque jour 100 ml de S.C.T.Z. A la faveur du sommeil provoqué, les brumes confusionnelles s'estompent, les tremblements s'amenuisent, la turbulence disparaît, et la température revient à la normale. Le sujet, lucide et conscient, accepte volontiers la cure de désintoxication qui lui est proposée.

Le malade quitte l'établissement le 31 octobre 1957.

Observation n° 29. — Dit... Camille, né en 1911, employé à la S.N.C.F., est admis dans le service le 14 octobre 1957 pour un état de prédelirium tremens déclenché par une infection intercurrente. Il a subi plusieurs internements antérieurs pour des accès semblables.

Le malade arrive en état de confusion mentale aiguë. Désorienté complètement dans le temps, il se croit entré à l'hôpital de Commercys pour y subir une intervention chirurgicale.

A l'examen physique on constate : une hyperthermie à 38,8°, un assourdissement des deux bruits cardiaques, des rhoncus et des sibilances diffus dans les deux champs pulmonaires, une tension artérielle à 19/15, un gros foie débordant de trois travers de doigt, douloureux, sans épanchement péritonéal, et du subictère.

La première injection de S.C.T.Z. est pratiquée à 13 h. Le malade dort jusqu'à 15 h. A son réveil il reste confus et onirique, et la nuit il est signalé comme bruyant et halluciné.

Une nouvelle injection a lieu le 15 octobre 1957. Le sujet sommeille de 8 h à 15 h 30, se montre alors désorienté et instable, mais il passe cependant une nuit calme.

On continue le traitement jusqu'au 20 octobre 1957. Le sujet se comporte et s'alimente bien, mais le lendemain il manifeste de la fabulation, ce qui nous fait craindre l'apparition d'un syndrome de Korsakoff. On arrête le traitement par S.C.T.Z., mais on maintient les thérapeutiques symptomatiques (vitamines, sérum). Le malade reste bruyant et gâteux, fabulant, confus, désorienté, jusqu'au 2 novembre 1957.

A partir de cette date, une reprise de conscience commence à se dessiner. Dit... semble sortir de sa « torpeur » ; il s'intéresse à ce qui l'entoure, il veille lui-même à ses exonérations et demande à se lever. L'état physique reste très déficient, mais l'état mental s'améliore de jour en jour.

Actuellement, Dit... Camille ne présente ni idée délirante ni hallucinations. Il est mieux orienté dans le temps et dans l'espace, mais il garde une amnésie rétrograde portant sur la période critique.

Si l'état mental s'amende, par contre, l'état physique s'aggrave et l'exitus peut survenir avant que le malade puisse bénéficier de la sortie à laquelle il pourrait prétendre.

Observation n° 30. — Sev... Louis, né en 1927, est admis pour la première fois dans le service le 17 octobre 1957 en état d'agitation confuso-onirique avec hyperthermie à 38,3°.

L'état général est satisfaisant malgré une alcoolisation datant de plusieurs années.

A son entrée, vers 17 heures, il reçoit 100 ml de S.C.T.Z. en quatre minutes. Dès le 60^e ml et après quelques hoquets, il s'endort d'un sommeil paisible. Il se réveille à 20 h et manifeste aussitôt une certaine agitation psychomotrice. La température est alors à 37,8°. Une nouvelle injection de 100 ml est poussée plus lentement, en 6 minutes 30 secondes, et ne déclenche pas de hoquet.

Le malade passe une nuit paisible. A son réveil, il est calme et lucide, cohérent, il est capable de se lever seul et de se rendre sans aide au cabinet médical pour l'établissement du certificat de 24 heures. De son état confusionnel ne persistent alors que des convictions postoniriques, en particulier celles de la mort de ses enfants, idées dont la fixité ne survivra pas à la cure classique de désintoxication aussitôt mise en œuvre.

Observation n° 31. — Bras... Roger, né en 1929, ouvrier spécialisé dans la soudure, arrive pour la deuxième fois dans le service le 26 octobre 1957, présentant un accès de delirium tremens typique : onirisme terrifiant, agitation motrice considérable, confusion mentale aiguë avec propos incohérents, état général très médiocre (hyperthermie, hyper-sudation, tremblements généralisés, congestion pulmonaire bilatérale, hépatomégalie discrète, pouls à 130, petit et filant).

Un traitement d'urgence est institué à base de S.C.T.Z. Le jour même, à 8 h 30, on pratique une injection de 100 ml de S.C.T.Z. par voie veineuse. Le malade entre dans un sommeil subcomateux de courte durée avec une respiration stertoreuse et un encombrement bronchique très marqué. Une deuxième injection est pratiquée à 11 h 30. On note alors une diminution nette de l'agitation motrice, mais le malade reste confus et délirant jusqu'au lendemain. L'hyperthermie persiste à 39,6° malgré l'adjonction d'antibiotiques, fait qui se justifie par la congestion pulmonaire.

Le 27 octobre 1957, la troisième injection est administrée à 8 h 30. Le malade s'endort normalement, avec une respiration accélérée (32 à la minute), mais sans stertor. A son réveil, trois heures après, il est toujours désorienté, mais l'agitation motrice a disparu totalement. Il reste au lit, calme dans la journée, et somnolent une grande partie de la nuit.

Le 28 octobre, la température est à 38,6°. Une nouvelle injection lui procure un sommeil de quatre heures ; à son réveil, il est plus lucide et reconnaît les infirmiers qui l'ont soigné la première fois. Il reste calme, s'alimente peu, dort bien. Les injections sont poursuivies jusqu'au 31 octobre 1957. Le comportement du malade demeure sans changement. Une hyperthermie en plateau à 38° s'explique par une hilité évolutive, cliniquement décelable, confirmée par les radiographies de contrôle, et qui justifie un traitement médical adéquat.

Observation n° 32. — Dab... Raymond, né en 1927, mineur de fond, est admis le 31 octobre 1957 pour « éthyliste chronique avec stigmates somatiques d'imprégnation ». En fait, il est en état d'ivresse confusionnelle, opposant à l'examen et réticent à l'interrogatoire. Dans les heures qui suivent son admission, apparaissent des sueurs avec tremblement qui font présager un état de delirium tremens.

Le soir même on pratique une première injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. Le sujet dort jusqu'au lendemain matin et à son réveil il est calme, lucide et bien orienté dans le temps. Mais il présente une amnésie résiduelle : il ignore où il est et comment il y est venu. Il a un bon comportement pendant toute la journée et passe une nuit calme et paisible.

Les 2, 3 et 4 novembre 1957, le traitement est poursuivi aux mêmes doses de 100 ml de S.C.T.Z. à 2 p. cent. La température redevient normale, le sujet est calme et docile et, à part quelques céphalées dans l'après-midi, il n'accuse aucun trouble subjectif.

A sa demande, le 5 novembre 1957, on suspend la thérapeutique par le S.C.T.Z. pour commencer une cure de désintoxication et de répulsion.

Le malade sort le 20 novembre guéri.

Observation n° 33. — Jol... Robert, né en 1922, ouvrier laitier, est un éthylique chronique, présentant à son entrée, le 31 octobre 1957, un état de prédelirium tremens survenu à la suite d'une affection grippale.

Il est admis en état de confusion mentale aiguë avec agitation incohérente, hyperthermie, sueurs et tremblements. Un onirisme intense gravite autour de préoccupations professionnelles : employé dans une laiterie, il se voit livrant du fromage pour le compte de son patron et il mime les scènes de ce travail. Il s'oppose au traitement et il faut le maintenir énergiquement pour pouvoir pratiquer la première injection de S.C.T.Z. à 2 p. cent à la dose de 100 ml par voie intraveineuse et qui d'ailleurs ne lui procure aucun bénéfice apparent.

Une deuxième injection est pratiquée une heure plus tard. Le malade est saisi d'une forte quinte de toux, avec légère cyanose du visage, durant 3 à 4 minutes, puis il s'endort paisiblement de 18 h à 24 h. Ensuite il reste bruyant et agité jusqu'au matin, délirant à haute voix et empêchant le sommeil de ses voisins de salle.

Le lendemain, en raison de l'agitation psychomotrice du malade, on pratique deux nouvelles injections à deux heures d'intervalle. Le sujet réagit instantanément à chaque injection par une quinte de toux, due à un spasme de la glotte, mais sombre dans un sommeil profond jusqu'au repas du soir. Le rapport du veilleur note : une turbulence nocturne par intermittences.

Le surlendemain, Jol... Robert est plus calme, plus lucide, et, bien que présentant une désorientation temporo-spatiale complète, il donne à l'examen des réponses cohérentes et sensées. Une nouvelle injection de S.C.T.Z. le plonge dans un sommeil sans cauchemars. Il est signalé par le personnel comme calme, s'alimentant bien et dormant paisiblement. Après cette cinquième injection, le sujet devient bien orienté et semble sortir progressivement de sa confusion. Docile au traitement, il s'améliore nettement au point de vue mental. Sa température revient à la normale (sans adjonction d'antibiotiques) et sa turbulence précédente fait place à un calme absolu avec somnolence intermittente. On poursuit le traitement trois jours encore et on constate une nette sédation, puis la disparition totale des troubles mentaux.

En l'absence de rechute jusqu'à ce jour, une sortie prochaine est envisagée.

*

Les admissions en clinique psychiatrique pour « état d'ivresse » sont rares, bien que la tendance à l'hospitalisation pour ce « délit »

s'affirme de jour en jour. L'ébriété, chez le malade d'asile vivant en semi-liberté, est moins exceptionnelle.

Tout récemment, il nous a été donné de traiter par le S.C.T.Z. deux crises d'alcoolisme aigu chez des pensionnaires travailleurs libres, alors que la rédaction du présent travail était terminée.

Par analogie, nous les incluons ici, à la suite des observations de délires subaigus alcooliques.

Observation n° 34. — Clau... Jules, né en 1904, ouvrier agricole, est un malade du service dont l'admission remonte au 24 mai 1956. Le certificat de 24 heures fait mention d'un éthylysme chronique avec profonde imprégnation, abrutissement, hébétude, dysarthrie, euphorie béate, inconscience de l'état déficitaire, habitus de clochard. Travaillant régulièrement au jardin de l'établissement, il n'en reste pas moins un sujet inamendable, s'enivrant à la moindre occasion.

Le 1^{er} décembre 1957, il entre au pavillon en état d'ivresse aiguë avec euphorie et loquacité à 16 h 30.

A 16 h 40 il reçoit une injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. Il s'endort profondément jusqu'à 17 h 30. A son réveil, il reste calme au lit, somnolent, s'alimente peu au repas du soir et passe une bonne nuit.

Le lendemain il demande à retourner à son travail et on accède à son désir.

Observation n° 35. — Cous... Ernest, né en 1909, monteur, est admis dans le service le 21 mai 1957. A son entrée, il présente un état confusional d'origine éthylique avec hyperthermie et subonirisme.

Excellent travailleur, il fait les courses du laboratoire à l'intérieur de l'établissement. Profitant de sa semi-liberté, le 1^{er} décembre 1957, il trouve le moyen de se procurer et de consommer deux litres de vin rouge ; il se présente au pavillon en état d'ivresse manifeste avec rires bruyants et menaces envers le personnel infirmier.

On pratique une injection de 100 ml de S.C.T.Z. à 2 p. cent par voie veineuse à 17 h 10. Le malade s'endort après le passage des trente premiers millilitres jusqu'au repas du soir. Il refuse de s'alimenter et se rendort paisiblement jusqu'au lendemain.

Le 2 décembre, à sa demande, il est renvoyé à ses occupations.

CONCLUSIONS DU TRAITEMENT CHEZ LES ÉTHYLIQUES AIGUS ET CHRONIQUES

De notre expérience du S.C.T.Z. nous pouvons conclure globalement de la façon suivante.

Chez les éthyliques qui présentent tant un accès confuso-onirique qu'un état de prédélirium ou même de delirium tremens, l'injection intraveineuse de S.C.T.Z. procure un sommeil profond et immédiat. L'agitation disparaît brutalement, ainsi que les mouvements de succion, de mâchonnement et d'agrippement. Les sueurs diminuent progressivement.

Le rythme respiratoire passe par les mêmes stades que chez un sujet normal recevant du S.C.T.Z. par voie intraveineuse, et le rythme cardiaque reste stable. Sans adjonction d'antibiotiques, nous obtenons une chute thermique en deux ou trois jours. Les thérapeutiques symptomatiques classiques, vitamines, curéthyl, extraits hépatiques, réhydratation, sont utilisées pour renforcer les défenses naturelles de l'organisme.

Dans le détail, le déroulement de la guérison s'accomplit souvent selon un scénario en trois épisodes :

La première injection entraîne une sédation de durée minime, fonction d'ailleurs de l'acuité de l'onirisme et de la gravité de l'état au départ.

De huit à dix heures après la première injection réapparaissent les signes de confusion. Tout d'abord, le facies s'altère et le malade transpire. Il est mal orienté dans le temps et dans l'espace. Puis les idées délirantes reprennent, et, à la faveur de nouvelles hallucinations, les tremblements réapparaissent.

Une nouvelle injection redonne de quatre à huit heures de sommeil en moyenne avec détente et calme total au réveil.

La guérison clinique est assurée en général après la quatrième ou la cinquième injection et les sujets deviennent conscients de leur état antérieur qu'ils attribuent souvent à leurs excès éthyliques.

L'absence d'accidents ou d'incidents graves rend cette thérapeutique aisée en clinique hospitalière.

Dans les états d'alcoolisme aigu, une seule injection de S.C.T.Z. procure instantanément un sommeil réparateur avec réveil lucide, sans malaise psychique ou somatique.

Appliqué précocement, le S.C.T.Z. pourrait résoudre au mieux les problèmes de contention et de soins posés par l'ivresse aux services de Police-secours.

CHAPITRE VI

ÉTATS AIGUS DES PSYCHOSES CHRONIQUES. PSYCHOSE SCHIZOPHRÉNIQUE

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

La schizophrénie se caractérise essentiellement par la perte de contact avec la réalité, le refuge dans une vie intérieure, autistique, l'indifférence et l'apragmatisme.

On note dans la présentation du schizophrène la discordance mimique, l'ambivalence des propos, le maniérisme et les stéréotypies de gestes ou d'attitudes, la bizarrerie du comportement, l'instabilité de l'humeur, l'opposition allant parfois jusqu'au négativisme. Sur ce fond mental peuvent apparaître et se développer des accès d'excitation psychique avec activité clastique et insomnie.

C'est ce symptôme intermittent qui nécessite la principale indication du traitement par S.C.T.Z.

OBSERVATIONS

Observation n° 36. — Cap... Francisco, né en 1920, sans profession, entre au service le 14 mars 1945 pour « arriération mentale avec crises d'excitation et frayeurs sans cause ». Le diagnostic de dissociation schizophrénique est porté un mois après son admission.

En janvier 1956, le comportement du sujet se caractérise par une instabilité psychomotrice avec des mimiques variables. Cap... est généralement agressif, impulsif et coléreux, et abattu par intermittences ; cette instabilité de l'humeur et des troubles de la conduite militent en faveur d'une cure de S.C.T.Z.

Le traitement est entrepris le 1^{er} février 1956 à la dose de 0,25 g par jour par voie buccale. Une légère amélioration se dessine à partir du 7 février. Cap... devient souriant, détendu, docile aux soins. Il reste habituellement calme, aimable et inactif. Son alimentation est capricieuse, son sommeil est variable, léger ou profond.

La dose est portée le 1^{er} mars à 0,50 g, et le 10 mars à 1 g par jour en quatre prises quotidiennes. Le malade devient somnolent une grande partie de la journée, et dort profondément la nuit. On note un gâtisme urinaire intermittent.

A partir du 2 avril 1956 apparaît chez ce malade une nouvelle phase d'agitation avec instabilité psychomotrice. Cap... devient sournois, observateur, irritable, coléreux, impulsif ; il importune les autres malades par ses grimaces et ses propos intarissables et incohérents. Puis l'excitation disparaît en un temps relativement court ; en effet, les rapports de service le signalent à partir du 12 avril comme un sujet calme, aimable et souriant par moments, inactif, s'alimentant et dormant bien.

On note dès lors que le malade devient plus réceptif à la psychothérapie. En insistant, on arrive à l'intéresser à quelques menus travaux, mais sa mémoire de fixation reste très déficiente et son attention très dispersée. Il travaille irrégulièrement, reste ralenti et présente des périodes de semi-mutisme de courte durée. Le traitement est poursuivi jusqu'au 11 juin 1956 sans apporter une modification nouvelle. L'accès d'agitation discordante est enrayé. Jusqu'à ce jour, aucune phase d'excitation psychomotrice n'est signalée.

Observation n° 37. — Gou... Paul, né en 1914, sans profession, est admis le 15 septembre 1955. Il présente un état d'excitation psychomotrice, avec logorrhée, fuite des idées, réactions impulsives et insomnie.

La sismothérapie permet la sédation rapide de cette agitation et, après le sixième choc électrique, le sujet devient aboulique, adynamique, et indifférent à tout ce qui l'entoure. Son comportement schizoïde et son autisme se confirment par la suite, et une cure de Sakel est entreprise trois mois plus tard, vouée d'ailleurs à l'échec. Gou... s'isole de plus en plus ; il reste instable d'humeur et de comportement et impulsif à l'occasion. Une nouvelle phase d'agitation se manifeste en novembre 1956 et justifie un traitement par le S.C.T.Z. La cure est entreprise le 28 novembre 1956 à la dose de 1,50 g par voie buccale. Pendant quatre jours, le malade reste excité et bruyant pendant la journée, insomniaque et turbulent durant la nuit. Le matin au lever, il est très opposant, il frappe sur les portes et sur les tables, et le soir il lance des cris et des vociférations. A partir du 3 décembre, une amélioration progressive se dessine. En dehors de quelques manifestations tapageuses au moment des repas, le malade est calme, il s'alimente et dort bien.

Le 8 décembre, une modification nette du comportement se manifeste : Gou... s'isole des autres malades dans un mutisme farouche. Il somnole par moments ; inactif, il ne fait même pas son lit ; sa loquacité est réduite à quelques soliloques à peine audibles. Il se désintéresse complètement de ce qui l'entoure. A partir du 27 décembre il reste alité, désorienté et ralenti.

On poursuit le traitement jusqu'au 2 avril 1957 à la même dose. Les rapports de service ne signalent rien de particulier en dehors de quelques instants de loquacité bruyante et incohérente, alternant avec des périodes de calme et de mutisme. Actuellement, en dehors de quelques périodes d'excitation psychique relativement courtes, le sujet reste errant et désœuvré. Il s'alimente quoique malproprement. On note quelques

soliloques à voix basse, peu compréhensibles, et des accès d'hilarité immotivés. Incapable d'aucune réaction spontanée, Gou... est calme et ralenti dans la journée. La nuit, il dort bien.

Observation n° 38. — Phil... Louis, né en 1930, sans profession, est un schizophrène de longue date, dont l'indifférence, l'apragmatisme, l'instabilité du comportement et la variabilité de l'humeur sont très caractéristiques. Après l'échec d'une cure de Sakel, puis d'une cure de neuroleptiques, on institue un traitement au S.C.T.Z. à partir du 5 août 1957, à la dose de 2 g par jour par voie buccale. Jusqu'au 15 août 1957, le malade reste inactif tous les matins, somnolent les après-midi, et dormant bien la nuit. Alité ou levé selon les moments, il est renfermé dans le mutisme de la schizoidie ; cependant il s'alimente normalement.

Une amélioration se manifeste à partir du 18 août. Phil... Louis commence tout d'abord à faire son lit seul, puis il s'intéresse à la lecture. Enfin il se mêle aux autres malades, avec lesquels il converse, quoiqu'il reste cependant peu communicatif. Cette amélioration se confirme le 28 août par la reprise d'une activité utile et spontanée. Détendu, jovial, chantant même par moments, il cherche à s'occuper, fait les courses à l'intérieur de l'établissement. On poursuit le traitement jusqu'au 2 octobre 1957. Sociable et d'humeur égale, le sujet converse volontiers et se divertit sans contrainte. Au terme de cette thérapeutique, et encouragés par ce bon résultat, nous affectons le malade à un service d'ergothérapie.

Actuellement, la détente psychique persiste, le contact s'améliore, et on remarque une nette reprise d'activité pragmatique.

Observation n° 39. — More... Michèle, née en 1930, sans profession, est admise dans le service le 27 mai 1957. Elle présente un état dissociatif évoluant depuis plusieurs mois, avec sourires immotivés, indifférence affective, flou de la pensée, vagues idées délirantes de persécution et d'influence, bizarrerie du comportement, impulsivité, hirsutisme et aménorrhée.

La sismothérapie et deux cures de Sakel n'apportent aucune amélioration : la malade qui reste inactive, malpropre, impulsive, se regarde souvent dans la glace ; elle éprouve un sentiment d'étrangeté et de transformation corporelle ; l'idéation reste pauvre. Après l'échec de deux sorties d'essai, le tableau clinique est celui d'une malade dont l'excitation est continuelle, l'insomnie persistante, malgré l'administration des hypnotiques usuels ; la malade se fait remarquer par ses cris et ses interjections, ses promenades incessantes dans le couloir d'un pas rapide, saccadé, « spasmodique », énervant les autres malades.

Le traitement au S.C.T.Z. par voie intraveineuse est entrepris le 25 septembre 1957. More..., au cours de l'injection, murmure à voix basse des paroles inintelligibles puis elle s'endort d'un sommeil profond. On note à son réveil une crise de larmes, suivie d'une période de calme total. La nuit suivante, elle reste assise dans son lit, luttant contre le sommeil, puis s'endort profondément de 23 h jusqu'au matin. Le lendemain et les jours suivants, même thérapeutique à la même dose, soit 100 ml en injection intraveineuse quotidienne. On remarque que le produit a pour effet, d'une part, de normaliser les fonctions végétatives principales, alimentation et sommeil ; d'autre part, d'apaiser l'excitation psychique. Même après l'interruption du traitement par voie parentérale le 30 septembre, l'amélioration des troubles du comportement se maintient. Les idées délirantes persistent, mais leurs effets sont minimes sur

la conduite de la malade dont les écarts se réduisent à quelques accès d'agitation psychomotrice de courte durée.

Actuellement, More... bénéficie d'une cure de S.C.T.Z. par voie buccale et les rapports de service signalent un bon comportement de la malade qui s'alimente et dort bien et la sédation de l'agitation.

Observation n° 40. — Mor... Laure, née en 1938, est admise dans le service le 19 avril 1956 pour un état dépressif avec désintérêt, activité réduite, isolement, et situation conflictuelle sous-jacente.

Elle se présente à l'entrée dans un état de semi-mutisme avec pleurs et anxiété diffuse. Traitée par sismothérapie et neuroplégiques, elle voit son état s'améliorer nettement et rapidement, ce qui lui permet de bénéficier d'une sortie d'essai le 18 mai 1956, transformée un mois après en sortie définitive. Elle rechute et revient le 5 novembre 1956. Le tableau est celui d'un mutisme quasi total avec conservation des attitudes imposées et ébauche de catalepsie.

Différentes thérapeutiques sont alors entreprises, en particulier une cure de Sakel et une cure de Serpasil, mais elles restent vouées à l'échec. La malade devient nettement dissociée, discordante, ambivalente, désagréable avec les autres pensionnaires et le personnel infirmier, s'alimentant capricieusement et dormant peu. L'excitabilité et l'instabilité du comportement plaident en faveur d'un traitement par le S.C.T.Z. La première injection par voie intraveineuse est entreprise le 25 septembre 1957. Aussitôt après l'administration des 100 ml, la malade s'endort profondément, pour une durée de cinq heures. A son réveil, elle reste calme dans son lit ; on note cependant la persistance de ses stéréotypies gestuelles et de sa mimique discordante.

On poursuit les injections intraveineuses pendant six jours. En dehors de quelques accès d'hilarité immotivés, Mor... Laure est silencieuse et calme dans son lit ; elle s'alimente normalement et passe des nuits paisibles, sans troubler le sommeil des autres malades. Malgré l'arrêt du traitement, l'amélioration se maintient. Une nouvelle cure d'insulinothérapie est entreprise actuellement pour la consolider.

Observation n° 41. — Ver... Hubert, né en 1936, agriculteur, est admis pour la première fois en février 1956 pour syndrome dépressif avec anxiété diffuse, fugues, insomnie, amaigrissement.

Au cours de la quinzaine d'observation on note, d'une part, des tendances du sujet à s'isoler et à rester des heures entières plongé dans une rêverie stérile, d'autre part, un barrage très net du cours de ses pensées. La crainte d'une évolution schizophrénique milite en faveur d'une sismothérapie doublée d'une cure de Sakel. Une amélioration s'ensuit qui permet bientôt une sortie définitive.

Le malade est admis de nouveau le 2 septembre 1957 après des réactions violentes en milieu familial et des fugues. Le diagnostic d'entrée est celui de manie atypique avec mémoire de fixation très affectée, mimique discordante, ambivalence. Pendant l'observation on relève, au surplus, des stéréotypies gestuelles, de l'instabilité, de la turbulence, de l'insomnie. Nuit et jour le malade se lève pour écrire sur les murs, ramasser et collectionner tout ce qui lui tombe sous la main.

Le 10 septembre 1957, devant l'échec de la sismothérapie, on pratique une pneumothérapie cérébrale qui provoque une sédation de quelques jours, mais l'agitation reprend et le malade présente le tableau clinique typique de la dissociation schizophrénique. La violence de ses

réactions envers le personnel infirmier nous incite à traiter le sujet par le S.C.T.Z. intraveineux. La première injection est pratiquée le 25 septembre 1957 à 13 h 30. Le sujet dort profondément jusqu'à 18 h 10, s'alimente normalement et passe une nuit calme et paisible. Le 26 septembre, une turbulence discordante qui dure toute la matinée cède à une deuxième injection pratiquée à 14 h. A partir du 27 septembre l'état du malade s'améliore de façon évidente ; pour la première fois, il s'intéresse à sa famille dont il déplore de n'avoir reçu depuis son admission ni lettre ni visite.

A la fin d'un traitement de six jours par injections quotidiennes de 100 ml, Ver... Hubert a un comportement excellent au service. Il se mêle intimement à la vie du pavillon, aide au nettoyage des chambres, s'alimente normalement et dort d'un sommeil profond. Aimable et serviable, il fait preuve d'une reprise d'affectivité qui se lit dans les lettres correctes et sensées qu'il adresse à sa famille. Une sortie d'essai est envisagée dans des conditions apparemment favorables pour une date prochaine.

CONCLUSIONS

Comme on le pense, le S.C.T.Z. est incapable, à lui seul, de couper par une rémission durable une évolution schizophrénique rebelle aux thérapeutiques classiques.

Toutefois, le produit n'est pas sans intérêt, en clinique psychiatrique, du fait de son action élective sur les troubles de l'humeur et du comportement, si fréquents chez de tels malades.

D'une part, et comme dans les accès d'excitation maniaque, le S.C.T.Z. enraie les poussées coléreuses et impulsives (obs. 36) ; il enlève les manifestations caractérielles et clastiques (obs. 41), diminue la violence des explosions tumultueuses et tapageuses (obs. 37). Sous son influence, le caractère « désagréable et capricieux » s'amende (obs. 40).

D'autre part, et à l'opposé, comme chez certains déprimés, le S.C.T.Z. s'oppose au désintérêt et à l'autisme et stabilise l'humeur (obs. 38). Les sujets traités deviennent aimables, serviables et plus accessibles à la psychothérapie. Nous retrouvons ici encore l'impression de détente déjà signalée.

Certes, et sauf exception (obs. 41), chez les schizophrènes le S.C.T.Z. ne nous a pas permis d'aboutir à une amélioration compatible avec une sortie définitive. Toutefois, notre essai thérapeutique n'a pas été vain, car il nous a au moins amené, dans une affection aussi difficilement curable, à découvrir un mode d'action ambivalent. En effet et à la fois, le S.C.T.Z. limite les extériorisations caractérielles et combat les intériorisations autistiques ; d'un côté, il calme les eaux vives, de l'autre il stimule les eaux dormantes.

Cette action opposée, remarquable dans la schizophrénie, mériterait une étude plus approfondie de son mécanisme d'action, ce qui dépasse le cadre de ce travail. Notons seulement qu'elle paraît s'expliquer par une rééquilibration de la dysthymie qui va de pair avec la normalisation des fonctions instinctives primordiales que sont l'alimentation et le sommeil. Une meilleure régulation diencéphalique semble dépendre de l'inhibition corticale provoquée par le dérivé vitaminique.

CHAPITRE VII

ÉTATS AIGUS DES PSYCHOSES CHRONIQUES. DÉLIRES PARANOÏDES

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Le délire paranoïde est une psychose d'évolution chronique qui se caractérise par le développement d'un thème délirant plus ou moins systématisé, de base hallucinatoire, et par une évolution démentielle plus ou moins tardive. Cette psychose est dans ses débuts associée à des interprétations délirantes, et, plus tard, à des troubles psychosensoriels multiples où prédominent les hallucinations auditives et cénesthésiques.

OBSERVATIONS

Observation n° 42. — Her... Joseph, né en 1890, retraité de la S.N.C.F., est admis le 17 mars 1955 pour un délire mystique d'origine hallucinatoire et interprétative. Déjà traité pour la même affection de 1951 à 1954, il se croit chargé d'une mission divine de réformation sociale. Opposant, il présente des manifestations bruyantes et tapageuses, se frappe violemment la tête et la face, la majeure partie du temps. Les différentes thérapeutiques classiques n'ayant apporté aucune amélioration dans l'état mental et le comportement du sujet, on entreprend à partir du 1^{er} février 1956 un traitement avec 0,25 g de S.C.T.Z. par jour *per os*.

Jusqu'au 24 février 1956, aucune modification n'est notée. Le malade, sous l'influence d'un état hallucinatoire permanent, se frappe constamment et présente une loquacité bruyante et incohérente. Il est souvent signalé comme dormant peu.

Du 25 février 1956 au 29 février 1956 la dose du S.C.T.Z. est portée à 0,50 g, et à partir du 1^{er} mars 1956 à 0,75 g, en trois prises quotidiennes. Le malade, bien que toujours halluciné, est cependant plus calme. Docile, prenant régulièrement ses comprimés, il perd sa loquacité tapageuse. On remarque quelques soliloques à voix basse à peine audibles, une « réponse » qu'il adresse aux voix qu'il entend. Par contre, l'agitation cède nettement.

A partir du 10 mars 1956, le traitement est porté à 1 g par jour en quatre prises quotidiennes. Le sujet reste calme, cherchant même à s'isoler des autres malades. Il s'alimente bien et dort paisiblement. Encore sous l'emprise de ses hallucinations, il se frappe par intervalles. On voit, d'après les rapports tri-quotidiens du service, que les manifestations bruyantes font place à un calme relatif, troublé de temps en temps par une phase d'excitation motrice auto-agressive, mais de courte durée.

Le traitement permet à Her... de retrouver un sommeil paisible et profond, régulier en durée, une alimentation normale et un bon comportement.

Depuis la fin du traitement, le 9 mai 1956, l'état mental est resté sans changement. Coupée par quelques périodes passagères de recrudescence, la rétrocession du délire se poursuit pour faire place à une indifférence quasi totale. Ses tentatives d'auto-destruction se réduisent complètement. Her... mène une vie paisible dans le quartier des malades chroniques, où il a été transféré.

Observation n° 43. — Rig... Clément, né en 1920, est admis dans le service le 19 septembre 1954 pour un délire de persécution à base de fausses interprétations et d'hallucinations multiples. Apparemment calme, il se trouve toujours en fait sous l'emprise de nombreuses préoccupations ayant un rapport direct avec les troubles psychosensoriels qu'il ressent. Très observateur, il a des idées d'évasion persistantes.

Le traitement à base de S.C.T.Z. est entrepris le 1^{er} février 1956 à la dose de 0,50 g par jour. Le sujet reste calme, renfermé, sournois, peu loquace et peu liant, toujours replié sur lui-même, méfiant. Il s'alimente bien par intermittences, et dort paisiblement. Par moments il adopte des attitudes hallucinatoires ; son mutisme est quasi total.

Le 1^{er} mars 1956 on augmente la dose à 0,75 g et le 10 mars à 1 g en quatre prises journalières. Le malade devient somnolent la majeure partie du temps, indifférent à ce qui l'entoure. Surviennent alors des tremblements continuels, fins, menus, qui durent huit jours, puis disparaissent spontanément, sans aucun traitement. De même un certain degré de sialorrhée est signalé durant cette période. Du point de vue mental, l'état hallucinatoire est permanent, avec de nombreuses préoccupations internes. Le malade reste maussade, renfermé, soucieux, peu loquace.

A partir du 21 avril 1956, Rig... semble sortir de son « monde » ; il présente des accès d'hilarité facile et sans cause apparente. Son semi-mutisme fait place à une loquacité dépourvue d'intérêt et il commence à s'intéresser à ce qui l'environne. Depuis ce jour il fait seul son lit, machinalement. Les périodes d'agitation et d'impulsivité disparaissent à leur tour. Le sujet devient calme, mais aussi apragmatique ; son automatisme mental semble s'effacer pour faire place à une indifférence totale. Il s'alimente normalement et passe des nuits paisibles. Le traitement est interrompu le 15 juin 1956. L'entracte de détente et de « paix intérieure » s'est prolongé jusqu'à ce jour.

Observation n° 44. — Pen... Gilbert, né en 1931, employé de bureau, est admis dans le service le 26 décembre 1952 pour une psychose schizophrénique déjà traitée au Centre par des thérapeutiques électriques et chimiques et par une lobotomie préfrontale ; récidence récente des actes agressifs, éléments de la série paranoïde avec conscience relative des troubles. Depuis janvier 1956 il présente un état hallucinatoire permanent avec alternance de périodes de calme et d'excitation psychomotrice, isolement moral et psychique, troubles de l'expression mimique. Les troubles psychosensoriels sont multiples et alimentent un délire mal systématisé. Pen... Gilbert s'adresse en termes grossiers à des personnages imaginaires. Insomniaque, il trouble le sommeil des autres pensionnaires et importune les veilleurs ; souvent, au milieu de la nuit, il se promène dans le dortoir, cherche sous son lit et profère des menaces.

A partir du 1^{er} mars 1956 on commence le traitement à la dose de 3 comprimés de S.C.T.Z. à 0,25 g. Cette dose passe à 4 comprimés le 10 mars 1956. Du 1^{er} mars au 18 avril 1956 Pen... reste bruyant, instable, grossier et, halluciné par moments, d'une loquacité bruyante et incohérente. Il présente des tremblements généralisés intermittents, avec hyper-sudation nocturne sans hyperthermie ni insomnie. Cet état reste sans modification jusqu'au 18 avril 1956. Ce jour, sous l'effet de ses hallucinations, le malade brise une vitre et se blesse à la main. Depuis lors, son humeur change. Il s'isole nettement de ce qui l'entoure et se renferme dans un mutisme absolu, avec des périodes de somnolence profonde de plus en plus fréquentes. A partir du 18 avril 1956, le sujet, toujours calme, présente une loquacité réduite et dépourvue de sens. Maussade, renfermé, il erre sans but dans le quartier ; il semble subir des hallucinations sans ébaucher un geste ou une parole de défense. Cet état reste stationnaire à ce jour. Au total, depuis le début du traitement, Pen... reste docile, s'alimentant et dormant bien sans être vindicatif et opposant envers le personnel infirmier et les autres malades.

Observation n° 45. — Gav... Marcel, né en 1935, sans profession, est admis dans le service le 12 octobre 1954. Il présente un délire paranoïde de persécution et d'influence avec syndrome d'action extérieure extrêmement actif : il entend des voix, comprend que sa grand-mère agit sur lui et sur son jeune frère par ses « yeux ». Il a des impressions de transformation corporelle et des idées de négation d'organes. Son estomac est changé, il n'a plus de cerveau.

Ce syndrome est caractéristique d'une évolution schizophrénique chez un sujet bègue et constitutionnellement débile.

Les thérapeutiques de choc et les cures de neuroléptiques n'apportent que peu d'amélioration à l'état mental du sujet : l'effritement de la superstructure délirante et hallucinatoire montre la profondeur du déficit sous-jacent et c'est un sujet aboulique, adynamique, prostré, confus et désorienté que l'on décide de traiter le 6 septembre 1957 par le S.C.T.Z. à la dose de 1 g par jour par voie buccale.

Le malade reste « isolé » tendu, schizoïde et insomniaque, jusqu'au 14 septembre. Puis une légère amélioration se manifeste, qui s'extériorise d'abord par des accès d'hilarité de plus en plus fréquents, et immotivés, et s'objective ensuite par la reprise d'un sommeil profond et paisible et d'une alimentation normale.

Gav... fuit les autres malades, mais il converse volontiers avec le personnel infirmier ; il essaie spontanément de se rendre utile et sort de plus en plus de sa « torpeur » et de son autisme.

On poursuit le traitement jusqu'au 2 octobre 1957. Le sujet devient souriant, aimable et serviable. Actuellement il n'est plus pensif et soucieux que par intermittences : il s'occupe régulièrement aux travaux dans le pavillon ; il est toujours signalé dans les rapports de service comme s'alimentant et dormant bien.

Observation n° 46. — Cocq... Louis, né en 1908, pompier, est admis le 25 septembre 1957 pour une psychose paranoïde caractérisée par les éléments suivants : délire hypersthénique de persécution sans désignation nominale du persécuteur, alimenté par des hallucinations multisensorielles auditives, olfactives, cénesthésiques, psychiques ; écho de la pensée, commentaire des actes, attitudes imposées, insomnie, convictions délirantes inébranlables, insultes et menaces, plaintes répétées aux autorités.

Dès le lendemain de l'admission, le 26 septembre à 18 h 30, on commence le traitement par le S.C.T.Z. 100 ml intraveineux ; sommeil profond jusqu'au matin. Le 27 septembre à 13 h 45, seconde injection procurant un sommeil de quatre heures et, après une alimentation correcte, une nuit calme. Même thérapeutique et mêmes résultats les 28 et 29 septembre 1957.

A partir du 30 septembre, on administre 250 ml de S.C.T.Z. et 100 unités de hyaluronidase en perfusion sous-cutanée. Le malade se conduit d'une façon apparemment normale dans le service et il y a chez lui une nette opposition entre son habitus extérieur et la persistance des hallucinations auditives et du délire.

A partir du 7 octobre 1957, la thérapeutique parentérale est continuée par traitement oral à base de 1 g de S.C.T.Z. en quatre prises. Désormais, le fond mental sera celui d'un délirant chronique, mais le sujet ne réagira plus à des agressions hallucinatoires qu'il supporte avec une indifférence souriante.

Observation n° 47. — Then... Denis, né en 1930, aide-comptable, entre au service le 30 octobre 1957, pour un délire paranoïde de persécution, d'influence et de mégalomanie paraissant un incident relativement récent au cours de l'évolution d'une schizophrénie. Il existe une hérédité psychopathique collatérale de deux sœurs traitées auparavant pour troubles mentaux. L'excitation motrice et les réactions impulsives réalisent une symptomatologie qui milite en faveur de la mise en œuvre d'un traitement par le S.C.T.Z. intraveineux à la dose de 100 ml *pro die*.

La première injection, le 1^{er} novembre, permet au sujet, insomniaque jusqu'à présent, de dormir profondément pendant quatre heures. A son réveil, il reste calme et se divertit un peu par la lecture ; il passe une nuit paisible.

Les 2 et 3 novembre, même thérapeutique et mêmes résultats. Le lendemain, le sujet reste alité dans l'intervalle des repas. Sa « verbigeration délirante » fait place à un autisme dont les colloques intermittents témoignent de la richesse. Sans activité. Then... s'alimente normalement et dort paisiblement.

Les injections sont poursuivies jusqu'au 6 novembre 1957, sans reprise de l'agitation ou de l'impulsion. Les idées délirantes semblent apparemment « mises en veilleuse », la loquacité se réduit de plusieurs tons, et le comportement excito-moteur du syndrome a été radicalement amputé. Jusqu'à ce jour, l'amélioration se maintient.

CONCLUSIONS

Pas plus dans les délires dont la lente évolution rappelle la psychose hallucinatoire chronique que dans les bouffées paranoïdes qui paraissent en rapport avec une démence précoce, le S.C.T.Z. ne réalise de miracle thérapeutique.

Dans tous les cas cependant où les troubles psychosensoriels sont le fondement d'un délire et conditionnent des réactions affectives plus ou moins vives, le S.C.T.Z. corrige les troubles du comportement.

Son action s'exerce soit au point de jonction délire-réaction, soit au chaînon hallucination-délire.

Dans la première éventualité, le malade prend l'aspect d'un délirant chronique « en retraite » chez lequel l'agressivité a fait place à une indifférence souriante (obs. 46).

Dans le second cas, le patient voit son délire rétrocéder et se mettre en veilleuse (obs. 42, 47). Il ne répond plus aux hallucinations auditives, il les subit sans mot dire (obs. 44). La jalousie fait place à l'indifférence, l'hostilité à la docilité (obs. 43).

Si, après abrasion de la superstructure délirante, l'aboutissement est un état de concentration autistique voisin de la stupeur (obs. 45), le S.C.T.Z., par l'ambivalence de modalité d'action signalée au précédent chapitre, facilite la réinsertion au monde asilaire et la mise en œuvre des techniques psychothérapeutiques et ergothérapeutiques.

CHAPITRE VIII

ÉTATS AIGUS DES PSYCHOSES CHRONIQUES. PSYCHOSE COMITIALE

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

L'épilepsie essentielle est une affection organique en relation avec des lésions résiduelles ou cicatricielles d'encéphalopathie infantile et à évolution intermittente ou rémittente sous forme de paroxysmes convulsifs ou psychiques.

Nous n'insisterons pas sur les accidents aigus qui se déroulent après une aura selon le rythme de phénomènes convulsifs toniques puis cloniques et se terminent par un coma avec amnésie consécutive. Nous rappellerons surtout que, dans les intercrises, le fond mental du sujet se caractérise souvent par une bradyphrénie avec viscosité mentale, lenteur de l'idéation, obtusion, entêtement, tendances mystiques et parfois perverses, la marche vers la démence étant plus encore en relation avec les équivalents psychiques (absences, vertiges, etc.) qu'avec les accès moteurs.

Nous avons pensé traiter efficacement la dysthymie caractérielle si fréquente dans la comitialité par l'absorption prolongée de comprimés de S.C.T.Z.

Si nous avons pu parfois obtenir une certaine détente du psychisme chez de tels sujets nous n'avons, par contre, pas observé d'influence manifeste du produit sur le rythme des accidents moteurs. Quelques observations font foi de l'incidence psychique de la thérapeutique et de son échec vis-à-vis des manifestations neurologiques.

OBSERVATIONS

Observation n° 48. — Pell... René, né en 1927, sans profession, est un malade transféré de l'hôpital psychiatrique de la Gironde le 14 novembre 1943. Il est atteint de débilité mentale avec épilepsie datant du jeune âge. Ses crises sont assez fréquentes et il présente à son entrée une obnubilation intellectuelle, des troubles de l'humeur et du caractère, des attitudes catatoniques et un affaiblissement mental secondaire. C'est un malade exigeant et revendiquant, perpétuellement insatisfait ; querelleur et vindicatif, il se laisse souvent aller à des gestes impulsifs. De plus, son activité utile spontanée n'est jamais suivie. Le traitement par le S.C.T.Z. est entrepris le 1^{er} février 1956 à la dose de 0,50 g. puis de 1 g de S.C.T.Z. *per os*.

Jusqu'au 25 du mois, Pell... reste instable, irritable ; il s'alimente capricieusement, mais dort bien. On note la persistance des troubles caractériels et de l'impulsivité immotivée et passagère. Par la suite il devient grincheux et maussade et paraît déprimé ; il se plaint parfois de gastralgies. On poursuit cependant le traitement ; une amélioration se dessine à partir du 10 mars : le sujet demande à travailler à l'extérieur et il s'occupe utilement. On constate la disparition progressive de son instabilité psychomotrice, malgré la persistance de quelques sautes d'humeur de courte durée après ses vertiges. La thérapeutique est suspendue le 9 mai 1956 ; depuis ce jour le rapport de service signale que le malade est devenu calme, peu expansif. La conversation se réduit au développement de thèmes simples ; Pell... s'occupe régulièrement aux cuisines ; il s'alimente et dort normalement.

Observation n° 49. — Dav... Marceau, né en 1925, sans profession, est admis dans le service le 24 janvier 1944. Il est atteint d'arriération mentale et d'épilepsie, avec dégénérescence physique et mentale, syphilis héréditaire probable.

C'est un sujet habituellement bruyant, loquace, grossier et tapageur, importunant les autres malades.

On institue le traitement par le S.C.T.Z. le 26 février 1956 à la dose de 0,50 g. puis 0,75 g et enfin de 1 g à partir du 10 mars 1956.

Jusqu'à cette dernière date, le malade reste bruyant, souvent turbulent et agité, insolent envers le personnel infirmier et les autres pensionnaires. A partir du 11 mars, on note un ralentissement psychomoteur net. Dav... se calme, perd de son dynamisme et de sa loquacité, il se renferme ou somnole. Il s'alimente normalement et dort bien.

Cette « mise en veilleuse » est maintenue par le traitement jusqu'au 9 mai 1956. Le sujet reste docile, il tient des propos simplistes mais prononcés à voix si basse qu'ils sont difficilement audibles. Bien équilibré en barbituriques, Dav... ne fait pas de crises durant toute cette période. Quinze jours après l'arrêt de la thérapeutique, les troubles de l'humeur réapparaissent progressivement. L'amendement caractériel est sans lendemain.

Observation n° 50. — Pel... Maurice, né en 1919, valet de ferme, est admis dans le service le 5 octobre 1957 pour débilité mentale et épilepsie consécutives à une typhoïde de l'enfance ; le certificat de 24 heures fait mention d'accès dipsomaniaques avec alcoolisation massive et recrudescence des crises comitiales, hypomanie, instabilité, euphorie, auto-satisfaction, vanité niaise.

On entreprend une thérapeutique à base de S.C.T.Z. par voie intraveineuse à la dose de 100 ml par jour à partir du 21 octobre 1957, tout en conservant le traitement barbiturique. Chaque injection procure au malade un sommeil profond de quatre à six heures, mais à son réveil on le retrouve errant, collant, visqueux, inactif, geignard, répétant sans cesse ses doléances. Cependant, il s'alimente bien et dort paisiblement la nuit. On poursuit la thérapeutique par le S.C.T.Z. jusqu'au 30 octobre, sans noter de modification profonde du comportement du sujet. Les injections sont interrompues à cette date en raison d'un syndrome gripal. Il convient de noter que le malade n'a pas présenté de crises d'épilepsie pendant la durée du traitement ni dans les jours qui ont suivi son arrêt.

*

Malgré le peu d'influence apparente du S.C.T.Z. pris en dragées sur la périodicité des accidents convulsifs nous avons cependant décidé d'essayer l'action du produit par voie intraveineuse dans les orages cataclysmiques qui réalisent l'état de mal comitial.

Il nous a été donné de traiter plusieurs cas de crises subintrantes d'épilepsie avec un succès spectaculaire qu'objectivent les observations suivantes :

Observation n° 51. — Ada... Henri, né en 1906, manoeuvre, est admis dans le service le 27 septembre 1957 pour un syndrome d'agitation d'origine alcoolique.

Le 5 octobre 1957 à 6 h 40 il présente une crise d'épilepsie. A 6 h 50 on injecte 0,20 g de gardénal intramusculaire. Les crises se renouvellent cependant, malgré une injection d'acétylcholine à 0,20 g intraveineuse à 7 h 35. En raison d'une défaillance cardiaque, à 8 h on injecte 5 ml de solucamphre et à 8 h 45 devant la persistance des accès on administre une deuxième ampoule de gardénal à 0,20 g. Une heure après, le sujet est cependant toujours en état de mal et à 9 h 45 il a présenté depuis l'aube un total de vingt accès convulsifs typiques avec coma intercalaire. On pratique alors une injection intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. Les accès moteurs sont aussitôt et radicalement supprimés. Au coma succède un sommeil profond. Dès lors, le malade continue à subir sa cure de désintoxication éthylique sans présenter de nouvel accès comitial.

Observation n° 52. — Iff... Andrée, née en 1917, atteinte d'épilepsie ancienne à crises fréquentes, est admise dans le service le 19 octobre 1957 pour confusion mentale agitée. La malade est ralentie, elle s'extériorise peu ; on note un net déficit de l'activité, de l'intérêt et de l'activité pragmatique. Avec 0,15 g de gardénal par jour, elle présente des absences assez fréquentes mais les crises comitiales sont isolées et espacées.

On suspend la médication barbiturique le 21 octobre 1957 en vue d'un tracé électro-encéphalographique. Cette interruption détermine l'apparition de crises convulsives dans la soirée du 23 octobre et la matinée du 24: à 15 h 30, 18 h 30, 21 h, 23 h 30, 1 h et 4 h du matin.

A la visite du 24 octobre, la malade est prostrée et subcomateuse ; elle ne répond pas aux sollicitations et présente des tremblements légers

et épisodiques. On pratique alors une perfusion en goutte à goutte intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. ; cette thérapeutique détermine en deux heures la reprise de la conscience et le retour à un comportement habituel. La malade ne fera plus d'accès convulsifs pendant les quarante-huit heures suivantes, ce qui permettra de pratiquer l'électro-encéphalographie dans des conditions satisfaisantes. La prescription du gardénal est rétablie le 26 octobre. Le S.C.T.Z. a eu, dans ce cas, un effet remarquable sur l'arrêt des crises et sur la reprise de la conscience.

Observation n° 53. — Zim... Jean, né en 1931, est un malade réformé de l'armée, réformé définitif n° 1 pour tuberculose pulmonaire, et qui présente depuis cinq ans des crises comitiales. Depuis le décès de son épouse, il y a deux ans, il fait un état dépressif et s'adonne aux boissons alcoolisées. Il entre pour la quatrième fois en cure libre le 8 octobre 1957. Son épilepsie focale est aggravée par l'alcool et il a fait plusieurs états de mal graves avec de 40 à 70 crises successives. Le 27 octobre il présente de nouveau un état de mal comitial, et de 9 h 40 à 10 h 40 il fait 12 crises consécutives, une toutes les cinq minutes en moyenne, malgré une injection intra-musculaire de gardénal à 0,20 g à 9 h 50, une d'acétylcholine à 10 h, puis une de gardénal à 0,20 g à 10 h 10.

A 10 h 40, on lui administre 100 ml de S.C.T.Z. intraveineux. L'arrêt des crises est instantané. Zim... dort cinq heures, et, à son réveil, il est calme. Deux jours après, il reprend son traitement à base de barbituriques. Jusqu'à ce jour, aucune nouvelle crise n'est signalée.

CONCLUSIONS

Au total, nous pouvons résumer comme suit les résultats des essais pratiqués chez des épileptiques normalement traités par le phénobarbital.

En prises orales de dragées, et à la dose moyenne de 1 g par jour, le S.C.T.Z. détermine une détente du psychisme avec excellente rémission des troubles du comportement mental, sans influence notable sur le rythme habituel des crises convulsives ou des équivalents mineurs.

En perfusion veineuse, à la dose de 100 ml, et en une seule injection, le S.C.T.Z. coupe instantanément et radicalement le développement de l'état de mal comitial. Où le traitement classique échoue, le S.C.T.Z. agit de façon spectaculaire.

Cette réussite thérapeutique permet de donner au produit une place de choix dans la thérapeutique des paroxysmes convulsifs et psychiques de l'épilepsie.

CHAPITRE IX

ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE

INTRODUCTION - RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Il est bien évident que l'étude systématique de l'action d'un produit nécessite que toutes les conditions d'observation restent égales par ailleurs pour que la comparaison des cas soit objective et éloquente ; c'est dire que nous nous sommes imposé de ne jamais cumuler le S.C.T.Z. et la thérapeutique pharmacologique déjà connue.

L'association médicamenteuse du S.C.T.Z. et des neuroplégiques a été étudiée par Fouks et ses collaborateurs.

« Dans les psychoses chroniques, syndromes schizophréniques et délirants chroniques, l'adjonction du S.C.T.Z. aux neuroleptiques a permis d'améliorer un certain nombre de malades qui continuaient de présenter par intermittences des réactions agressives et dont le contact ainsi que l'activité pragmatique restaient fort déficients. »

Pour ces auteurs, le S.C.T.Z. présente un intérêt certain en tant que médication d'appoint ; au-delà, il permet parfois d'obtenir une amélioration telle que les neuroleptiques peuvent être supprimés pour un certain temps et, parfois, dans des cas rares, il est vrai, à titre définitif, d'où l'hypothèse de cures alternées de neuroleptiques et de S.C.T.Z. susceptibles de corriger les troubles métaboliques attribués à l'administration prolongée des neuroplégiques.

Fouks et ses collaborateurs ont également obtenu des résultats intéressants dans les états dépressifs et névrotiques, dans des mélancolies chroniques, chez des instables et des caractériels par l'association S.C.T.Z.-méprobamate. Au total, selon eux, le S.C.T.Z. complète et potentialise l'action des neuroleptiques et des tranquillisants.

En ce qui nous concerne, il nous est arrivé dans des cas limités et dans des conditions assez exceptionnelles d'associer le S.C.T.Z. à d'autres thérapeutiques.

OBSERVATIONS

Observation n° 54. — Mag... Henry, né en 1915, est un ancien magistrat, fils de médecin ; il a poursuivi des études de droit, sans difficulté apparente. Il a été traité au Centre Psychothérapique de Nancy d'octobre 1948 à juin 1949 pour schizophrénie. Considéré comme guéri après une cure de Sakel, il est parti en Afrique du Nord où il a été juge de paix suppléant jusqu'au 9 septembre 1949, date de son internement à Constantine.

Il entre au service le 9 mars 1950 par transfert de l'hôpital psychiatrique de Blida. Il présente un délire paranoïde de persécution et d'influence. Il ne sort d'un état habituel de prostration opposante que pour se livrer à des impulsions agressives et clastiques. Une série d'électrochocs et une nouvelle cure de Sakel n'apportent aucune amélioration apparente à cet état. Une cure de longue durée par neuroleptiques est mise en œuvre et, devant l'échec de ce nouveau traitement, nous décidons d'essayer le S.C.T.Z. par voie buccale le 1^{er} février 1956 avec 1 comprimé, puis 2 comprimés à 0,25 g. Mais une erreur d'interprétation des consignes données fait que le traitement de serpasil, qui devait être suspendu, est continué pendant tout le mois de février. Le résultat de cette association médicamenteuse involontaire est un état de confusion mentale grave et persistant avec apathie, plaintivité, somnolence subcomateuse, malpropreté, gâtisme.

A la vérification systématique des traitements en fin de mois, la modification du comportement constaté est attribuée à la potentialisation des deux produits administrés et dès le 1^{er} mars nous supprimons le serpasil et augmentons les doses de S.C.T.Z., 3 comprimés à 0,25 g.

En quelques jours une amélioration substantielle apparaît. Le sujet est calme et peu loquace, mais n'est plus confus. La somnolence n'est qu'intermittente, l'alimentation est meilleure ; par la suite la loquacité reste réduite, mais elle devient sensée, le malade peut se lever et semble prêter intérêt à son entourage.

Le 1^{er} avril la dose de S.C.T.Z. est portée à 4 comprimés de 0,25 g et l'amélioration constatée permet la mutation dans un quartier de travailleurs et l'affectation à l'ergothérapie.

Depuis lors les manifestations d'impulsivité ont totalement disparu de même que l'agressivité vis-à-vis des siens.

A la demande de sa famille, Mag... a pu bénéficier de permissions d'une durée sans cesse croissante : 1, 2, 5 puis 10 jours. Des tests psychologiques récents ont montré que l'effondrement intellectuel était beaucoup moins marqué que l'apparence du sujet ne le laissait prévoir.

A l'heure actuelle, le malade est en sortie d'essai, et la sortie définitive peut être envisagée avec d'honnêtes chances de reclassement social.

Aussi n'avons-nous pas à regretter l'erreur d'interprétation des consignes thérapeutiques que nous avons données au début de la cure. L'association S.C.T.Z. - serpasil a provoqué une profonde désorganisation

intrapyschique du sujet et en quelque sorte une dissolution au terme de laquelle la reconstruction s'est accomplie dans une perspective menant à une guérison clinique.

Observation n° 55. — Fre... Louis, né en 1903, est admis dans le service le 24 août 1957. Il présente un syndrome psychasthénique semblant évoluer depuis plusieurs années ; c'est un homme méticuleux et très scrupuleux, occupant un emploi de sécurité à la S.N.C.F. (poste d'aiguillage). On note dans ses antécédents héréditaires que son père a été interné au Centre Psychothérapique de Nancy où il est décédé en 1924.

Dans ses antécédents personnels, en dehors d'une dépression nerveuse en 1924, pendant son service militaire à Strasbourg, on ne relève aucune affection ni maladie grave. Fre... est marié et père de trois enfants de vingt-sept, vingt et un et sept ans, tous bien portants.

A l'examen psychique il présente un sentiment d'incomplétude, une impression d'étrangeté du monde extérieur avec angoisse somatique, de nombreuses idées obsédantes polymorphes avec aboulie, irrésolution, enfin une crainte morbide d'incapacité et d'incurabilité.

Le leitmotiv de cet état, que l'on peut qualifier d'aigu et qui paraît mériter le nom de psychonévrose obsessionnelle, a été un changement de poste, un avancement en grade, et une nouvelle fonction entraînant de plus grandes responsabilités. L'examen somatique est normal.

Dans les renseignements fournis par sa famille on note de l'insomnie, depuis plusieurs semaines, rebelle à tous les hypnotiques, de l'incapacité et une rumination continuelle, des idées d'incapacité.

Le 25 août 1957 une cure de sommeil est entreprise, intégrale, par voie générale. On utilise le cocktail classique : largactil, phénergan, eunoctal. A partir du 3 septembre 1957, devant la bonne tolérance du sujet et son sommeil profond et paisible, on utilise la voie buccale jusqu'au 15 septembre 1957. Le résultat de cette cure de sommeil est spectaculaire. Le malade devient détendu, souriant, essayant de s'occuper, se mêlant aux jeux des autres malades.

On consolide cette amélioration par une injection quotidienne intraveineuse de 100 ml de S.C.T.Z. pendant cinq jours, une ampoule d'acétostérandryl intramusculaire tous les deux jours et un comprimé de maxiton tous les matins. Sur l'insistance de sa famille à le reprendre, on accorde une sortie d'essai d'un mois seulement, par crainte d'une rechute. Le malade quitte le service le 5 octobre 1957, bien amélioré, avec une convalescence de 8 jours, et prêt à reprendre n'importe quel poste à la S.N.C.F. d'après ses déclarations. Dès son retour en milieu familial, Fre... Louis recommence à manifester ses idées d'incapacité en premier lieu, puis d'incurabilité et enfin de ruine morale et sociale. Il n'y a heureusement pas de raptus anxieux.

A sa réintégration le 18 octobre 1957, le malade se présente avec une mine tout affligée, reflétant de douloureuses préoccupations internes et une rumination mentale continuelle, obsédante. La sismothérapie est instituée immédiatement. Un électro-choc tous les matins pendant six jours et 200 mg de largactil en deux prises quotidiennes améliorent cet état mental en une semaine. Le malade devient plus détendu, plus calme, s'alimentant normalement et dormant paisiblement. Son anxiété morbide disparaît et ses idées obsédantes s'estompent apparemment. Le sujet reconnaît le peu d'importance de ses préoccupations antérieures. Pour consolider cette amélioration, on institue de nouveau un traitement

de 2 g de S.C.T.Z. par voie buccale, en 4 dragées de 0,50 g réparties à intervalles réguliers dans la journée. Trois jours après, le sujet devient nettement souriant, subeuphorique, en ce sens qu'il est persuadé d'être guéri et qu'il réclame sa sortie. Pour appuyer sa demande et la conviction de ne pas rechuter il tient le raisonnement suivant : « De toutes façons, ce travail, je l'ai fait et je peux le refaire, pour les quelques années qui me restent pour ma retraite. » Conscient de son état morbide antérieur, rectifiant complètement ses idées obsessionnelles, il a un comportement normal, joue aux cartes avec les autres malades, et tient des conversations qui témoignent de la stabilité de son équilibre moral. Sa sortie est décidée le 16 novembre 1957.

Aucune rechute à ce jour.

En résumé, une cure de sommeil suivie d'une thérapeutique à base de S.C.T.Z. a amélioré le sujet d'une façon spectaculaire, sans pour cela l'empêcher de rechuter une semaine après sa sortie d'essai, malgré les stimulants habituels (acétostérandryl et amphétamines).

A sa réintégration, la sismothérapie conjuguée aux neuroleptiques a permis une amélioration rapide. Cette association a donné de substantiels résultats, là où les électrochocs seuls ou le largactil seul auraient sans doute échoué.

Enfin, le S.C.T.Z. combiné au largactil nous a donné la possibilité de prolonger une action sédatrice, en rétablissant un rythme de sommeil normal, une alimentation correcte, et en provoquant une « mise en veilleuse » des idées obsessionnelles allant de pair avec le retour à un bon équilibre neurovégétatif.

CONCLUSIONS

Notre expérience d'association médicamenteuse, repoussée de propos délibéré mais accomplie accidentellement, pour limitée qu'elle soit, nous permet toutefois de confirmer les conclusions des auteurs qui, par un principe inverse, ont recherché des combinaisons de traitement : « Le S.C.T.Z. complète et potentialise l'action des neuroleptiques et des tranquillisants. »

Une hypothèse de cure alternée peut valablement être avancée, d'autant que le produit paraît bien susceptible de corriger les troubles métaboliques attribués à l'administration prolongée des neuroplégiques.

CHAPITRE X

EFFETS SOMATIQUES

Par effets somatiques, nous entendons l'action du S.C.T.Z. sur les appareils circulatoire, digestif, urinaire et sur les systèmes neuro-musculaire et endocrinien.

I. — ACTION SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Nous n'avons pas jugé utile de vérifier les examens de Laborit aux termes desquels aucun trouble électrocardiographique n'a pu être noté.

Selon lui, une injection trop rapide provoque une nette et brève accélération du rythme cardiaque avec ralentissement secondaire.

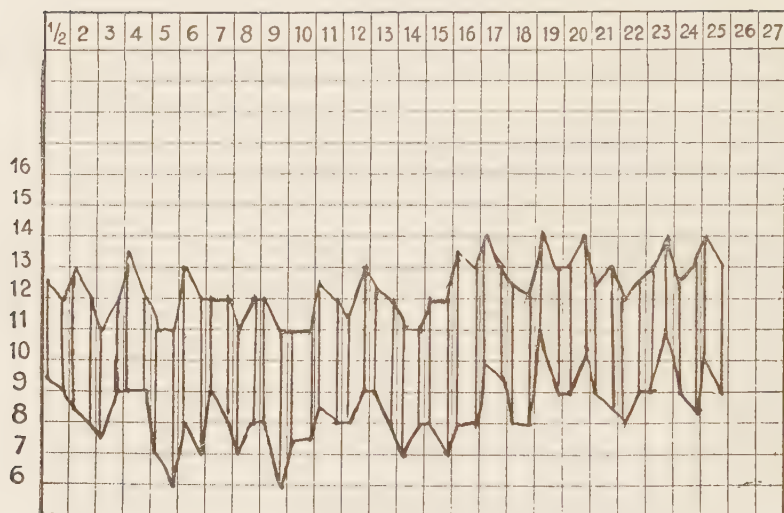
Personnellement, nous avons constaté qu'à la vitesse à laquelle nous pratiquons habituellement les injections, il existe une tachycardie quasi constante qui persiste encore dans les minutes de la fin du traitement.

Pendant l'intervention thérapeutique, le pouls reste ample et bien frappé, la pression artérielle est peu modifiée.

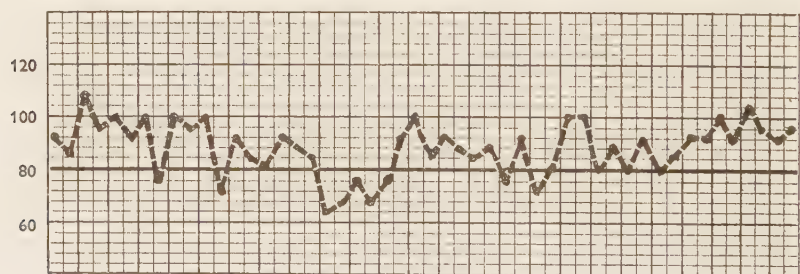
Par ailleurs, dans les traitements de longue durée par voie buccale la tension artérielle et la vitesse du pouls varient peu, comme l'indiquent les tableaux annexés.

Bail... André

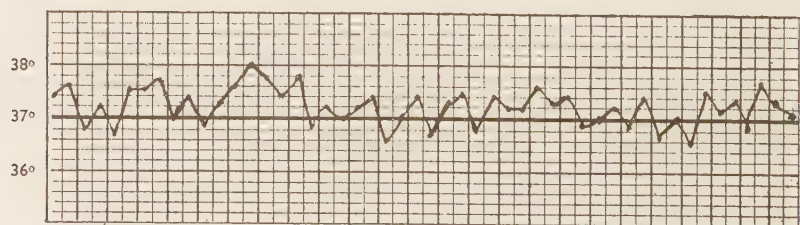
TA 1956



Pulsations cardiaques par minute

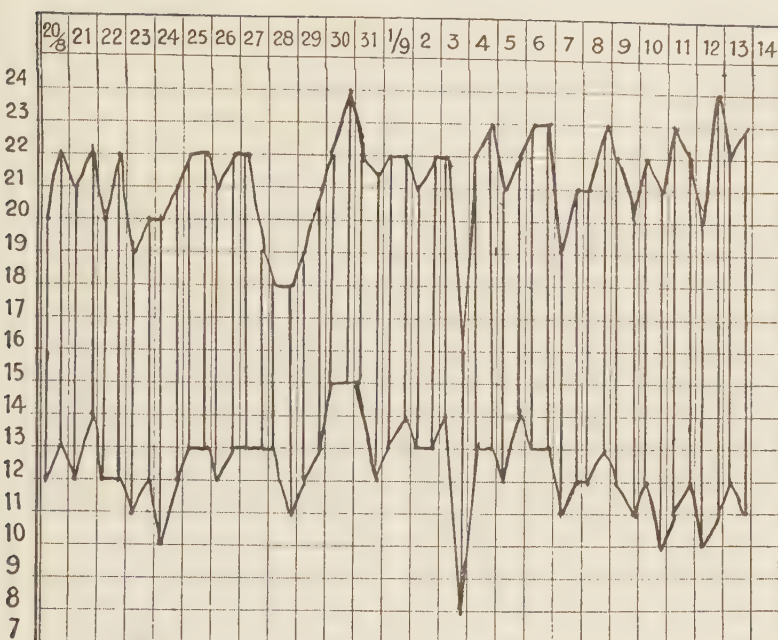


Température

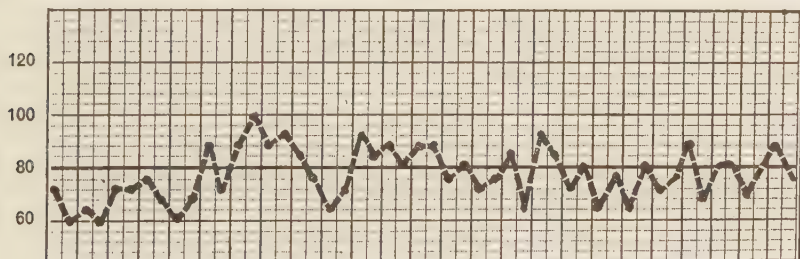


Bru... Jean

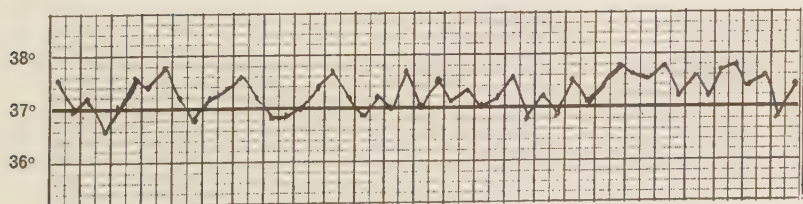
TA 1957



Pulsations cardiaques par minute

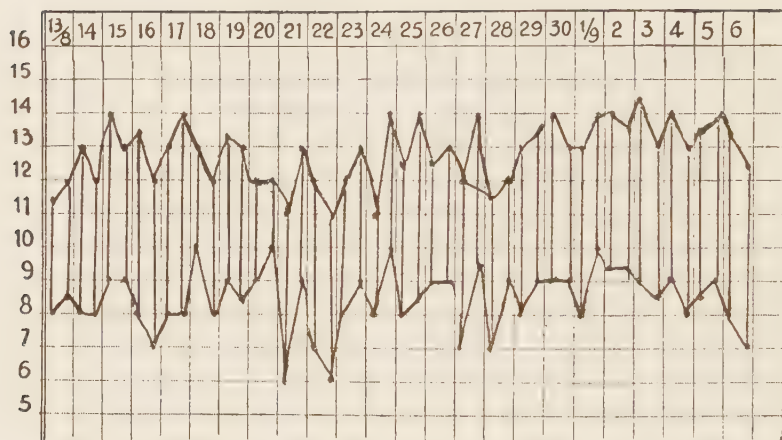


Température

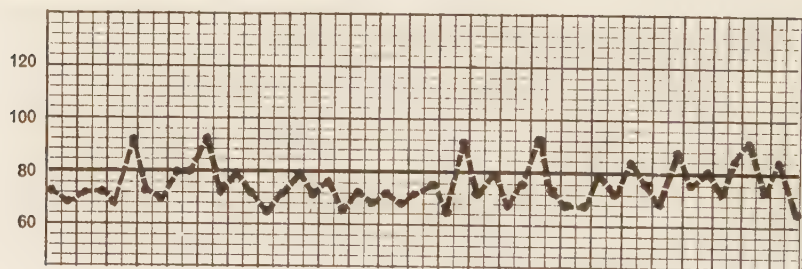


Arn... Gaston

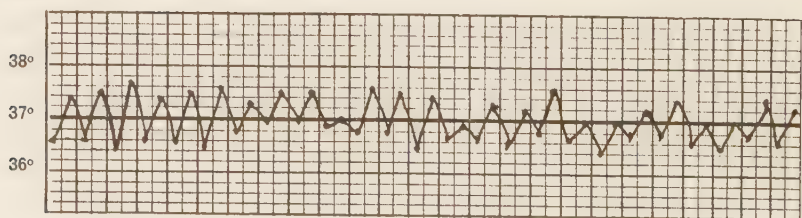
1957



Pulsations cardiaques par minute

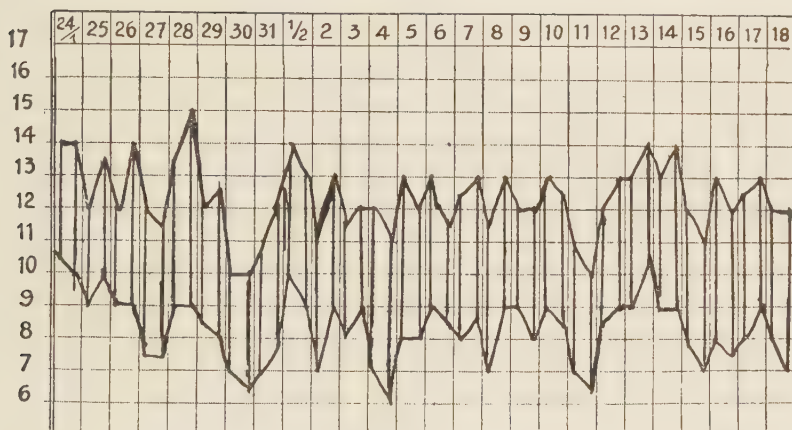


Température

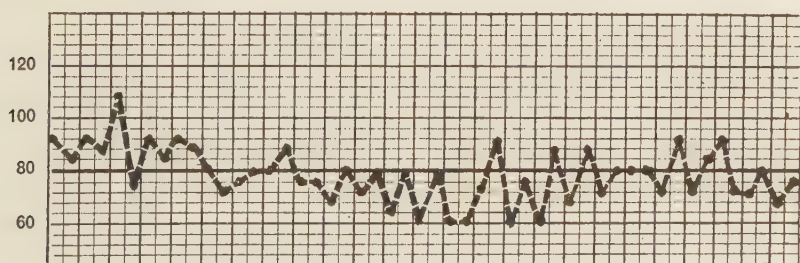


Tisse... Pierre

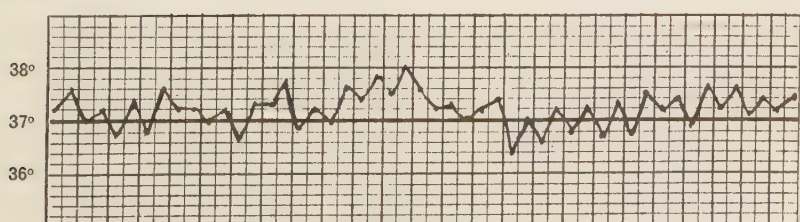
1956



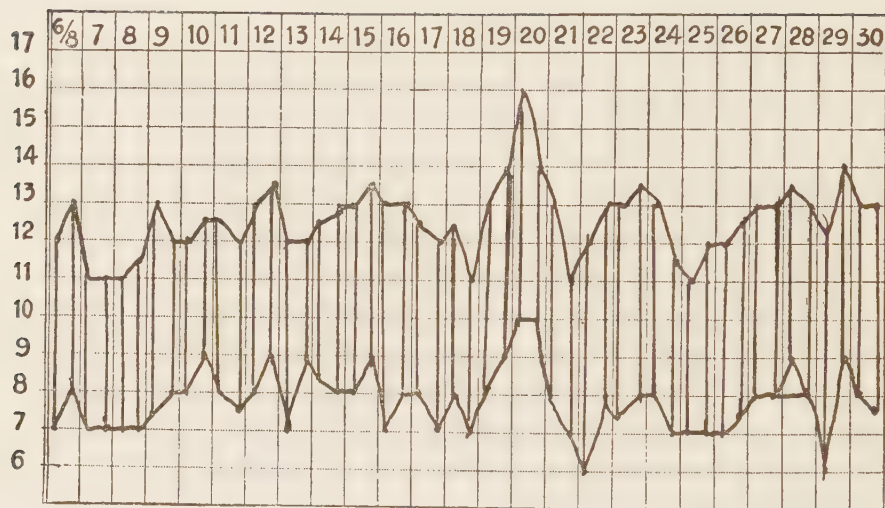
Pulsations cardiaques par minute



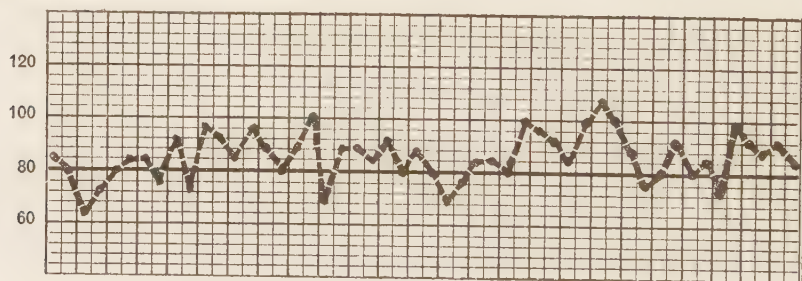
Température



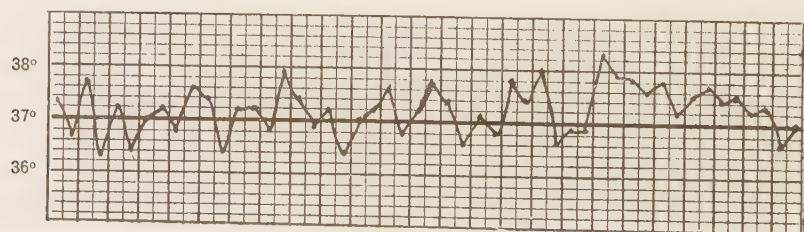
Bul... Léon



Pulsations cardiaques par minute

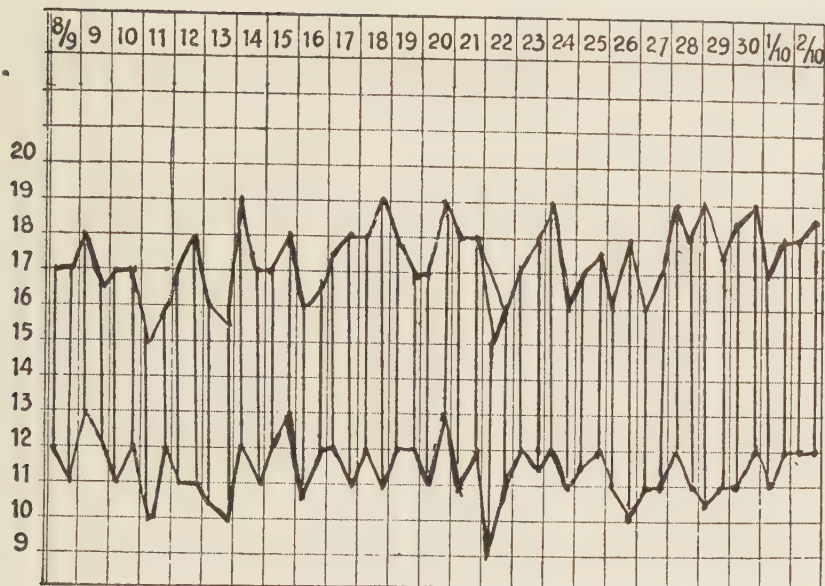


Température

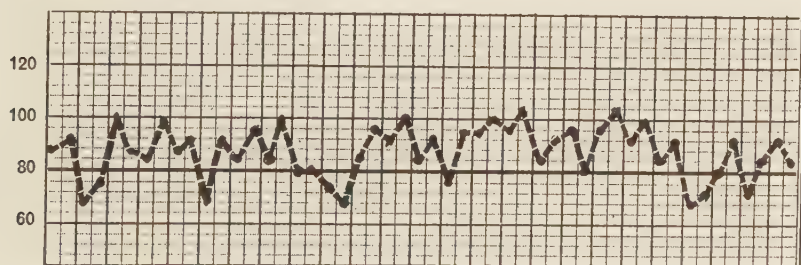


Che... Lucien

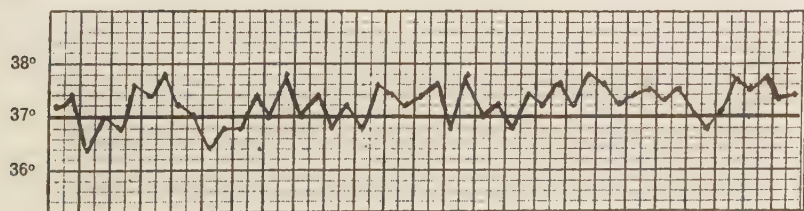
T.A.

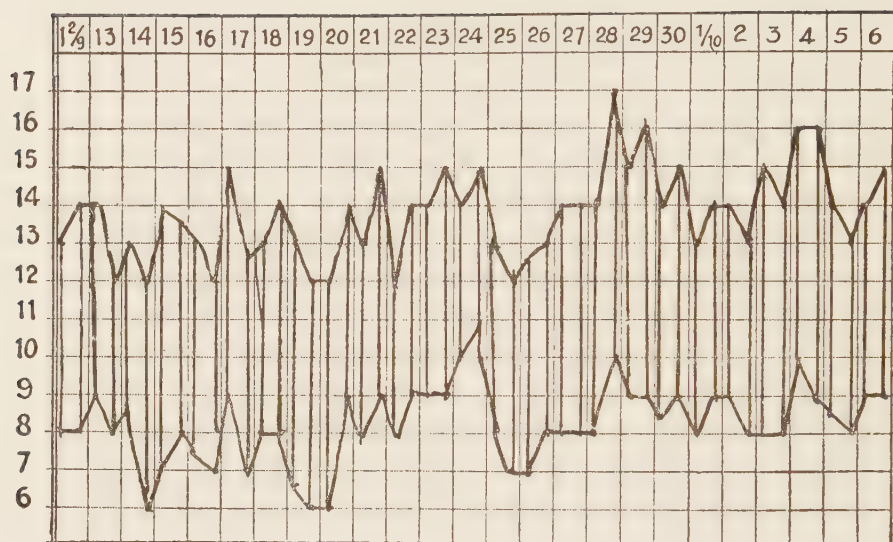


Pulsations cardiaques par minute

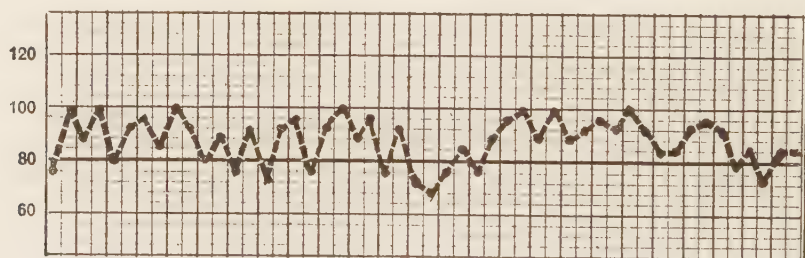


Température





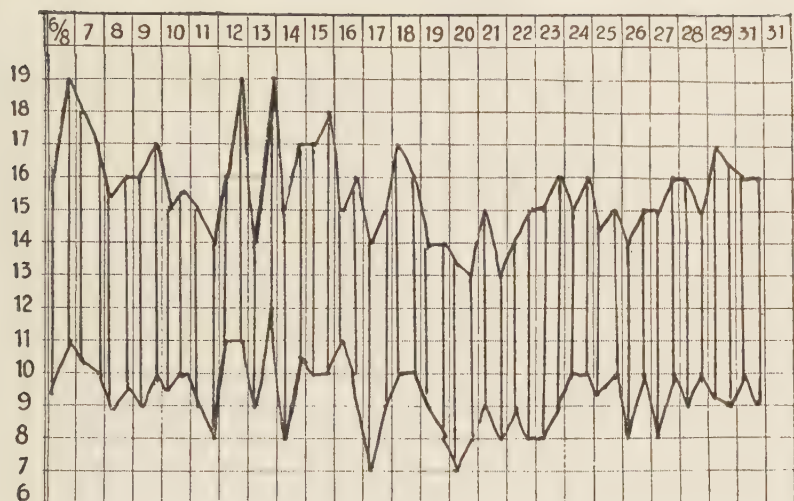
Pulsations cardiaques par minute



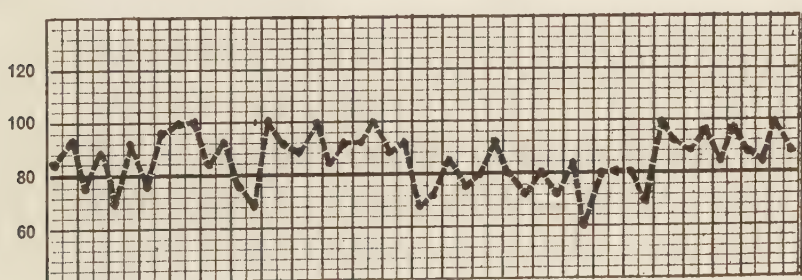
Température



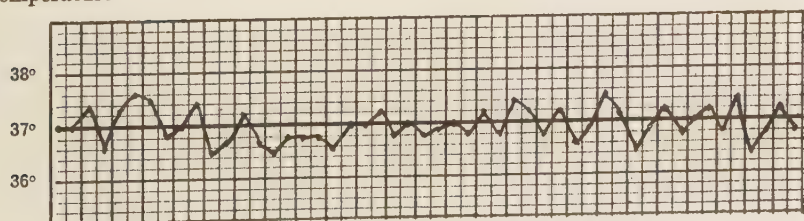
1957



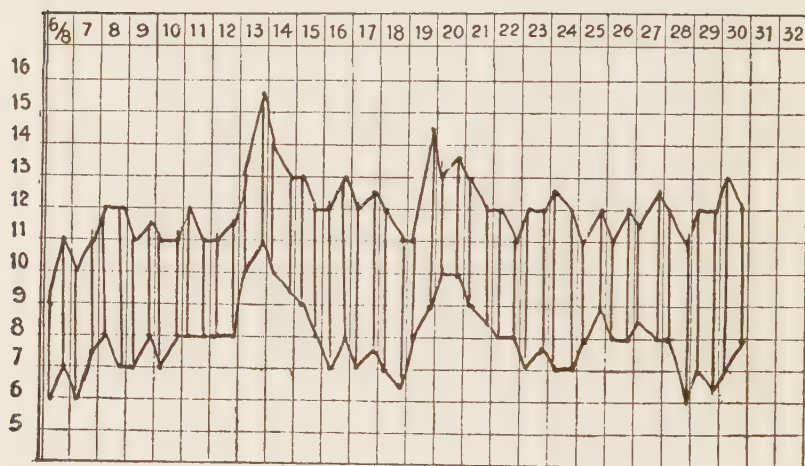
Pulsations cardiaques par minute



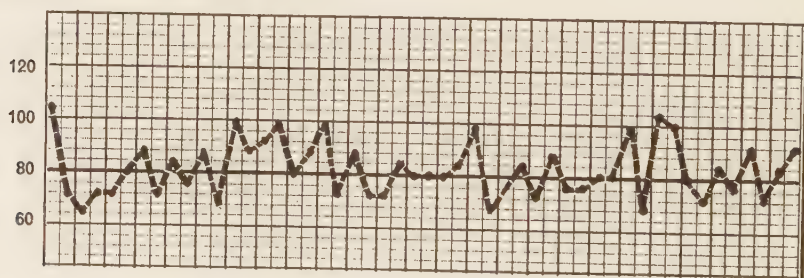
Température



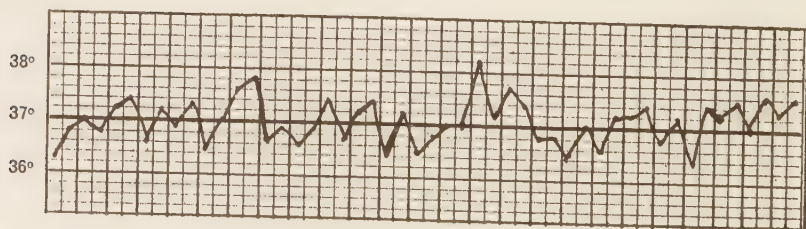
1957



Pulsations cardiaques par minute

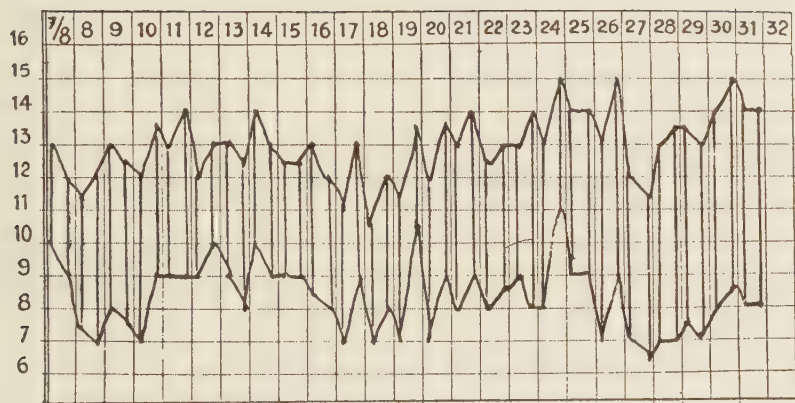


Température

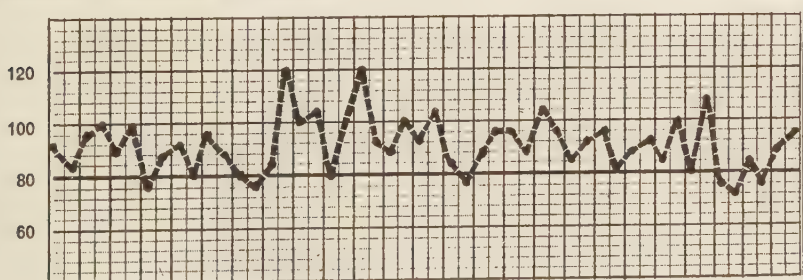


Bou... Ali

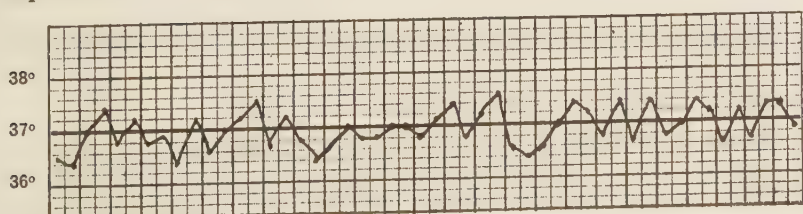
1957



Pulsations cardiaques par minute



Température



II. — ACTION SUR L'APPAREIL DIGESTIF

Nous serons bref sur ce chapitre. Pas plus par voie buccale que par voie parentérale, le produit ne provoque de trouble du transit gastro-intestinal.

Par voie intraveineuse, le S.C.T.Z. ne donne ni nausée ni vomissements. Par contre, ces troubles apparaissent parfois au cours des traitements de longue durée avec des comprimés plus encore que par les dragées.

ÉTUDES

Malades traités par le S.C.T.Z. I.V. (2 g)

En blanc, diurèse
avant le traitement



Cette étude a été faite sur des sujets au repos et indemnes de toute atteinte rénale. L'injection est pratiquée tous les matins, et les urines de 24 h sont recueillies sans tenir compte des boissons absorbées, dont l'apport reste normal.

III. — ACTION SUR L'APPAREIL URINAIRE

Le S.C.T.Z. semble sans action sur l'activité diurétique, quel que soit le mode d'administration utilisé.

Le volume des urines de 24 heures reste constant, ce qui est confirmé par les courbes de diurèse ci-jointes.

LA DIURÈSE

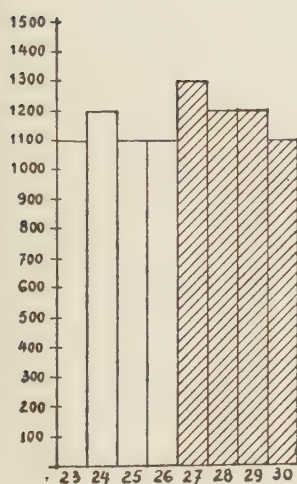
Malades traités par le S.C.T.Z. en dragées (2 g)

En hachuré, diurèse
pendant le traitement

Au... Gilbert

Leb... Maurice

Por... Jean



IV. — ACTION SUR LE SYSTÈME NEUROMUSCULAIRE

D'après Laborit l'excitabilité neuromusculaire, recherchée au rhéotome de Pluven et Guiot, est peu influencée par l'injection intraveineuse de S.C.T.Z., contrairement à ce que l'on constate avec les anesthésiques généraux et les neuroplégiques.

Au cours de nos traitements par voie parentérale, le tonus musculaire ne nous a jamais paru varier, les réflexes ostéotendineux restent égaux à eux-mêmes, les réflexes cutanés abdominaux ne se modifient pas ; quant au réflexe cutané plantaire, la recherche du signe de Babinski provoque souvent un mouvement de défense avec retrait du pied et de la jambe.

V. — ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Le S.C.T.Z. est un isolant biologique. Grâce à son emploi, Laborit et Coirault ont pu dissocier l'anesthésie de l'analgésie. Le terme d'anesthésie ne peut s'appliquer à l'action du S.C.T.Z., qui n'interdit ni sensation ni douleur. Selon Laborit le terme de narcose, qui exprime étymologiquement le sommeil, n'est pas non plus applicable à l'action du produit étudié. En fait le S.C.T.Z. apporte la perte de conscience sans anesthésie vraie ni analgésie.

Étant donnée l'action hypnagogique du dérivé thiaminique, il paraissait intéressant d'étudier les éventuelles modifications électro-encéphalographiques observées au cours des traitements. Il ne nous a malheureusement pas été possible de le faire personnellement pour des raisons matérielles indépendantes de notre volonté. Nous ne pouvons que nous reporter aux conclusions de Damasio données d'après l'étude de quatorze patients : « L'effet du produit sur l'électro-encéphalogramme, compte tenu des variations individuelles en rapport avec le type d'organisation du tracé vigile, s'est montré très univoque et extrêmement proche de celui qui est obtenu au cours de l'introduction intraveineuse lente de barbituriques. Les rythmes rapides apparaissent presque instantanément sur les régions antérieures et se propagent d'avant en arrière. »

En clinique nous avons observé des céphalées de type migraineux avec sensation de casque, à striction surtout occipitale sans irradiations.

Par ailleurs nous n'avons remarqué aucune modification thermique d'origine centrale.

CHAPITRE XI

EFFETS BIOLOGIQUES

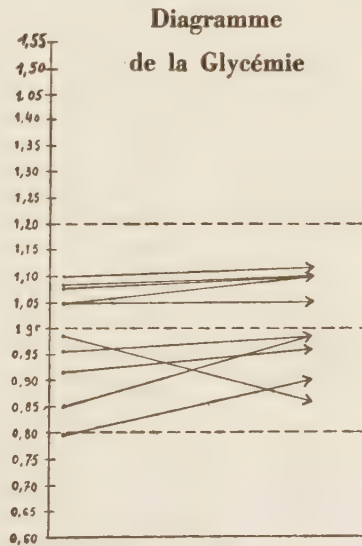
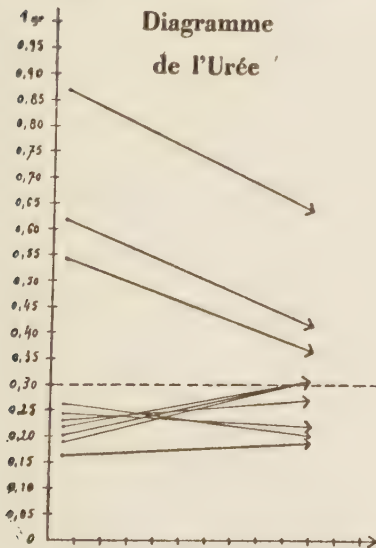
Nous n'avons retenu dans nos analyses systématiques que les modifications apportées par le traitement global en comparant les données du laboratoire avant et après la thérapeutique, quel que soit le mode d'administration du produit.

I. - ANALYSE DU SANG

ANALYSE CHIMIQUE

1^o Substances minérales.

Laborit et ses collaborateurs ont recherché dans 21 cas les variations du sodium et du potassium et dans 14 cas celles du calcium et du magnésium dans l'heure qui suit l'injection du S.C.T.Z.



Les variations de faible amplitude se font en plus ou en moins et ne permettent pas de trouver une influence de la drogue sur l'équilibre ionique.

2° Substances organiques.

a) *Urée* : Dans la majorité des cas, les taux d'urée sanguine tendent à revenir à la normale, qu'ils soient très élevés au départ, comme dans certains cas de délires hyperazotémiques, ou très bas comme on le constate souvent chez les éthyliques chroniques. Le diagramme ci-joint illustre cette tendance générale de retour à la normalité.

EXAMENS BIOLOGIQUES

Noms des malades		Bul... Louis	Bra... Henri	Leh... Jean	Phil... Louis
Urée	Avant le traitement	0,22	0,62	0,54	0,23
	Après le traitement	0,31	0,41	0,38	0,27
Acide Urique	Avant	0,03	0,06	0,01	0,04
	Après	0,03	0,03	0,01	0,04
Cholestérol total	Avant	1,70	1,56	1,80	1,60
	Après	1,80	1,70	1,82	1,80
Cholestérol estérifié	Avant	0,90	0,63	0,92	0,85
	Après	0,86	0,82	0,78	0,92
Rapport ch. estérifié ch. total	Avant	0,52	0,40	0,51	0,53
	Après	0,48	0,48	0,42	0,51
Glycémie	Avant	1,08	1,10	0,92	0,85
	Après	1,10	1,12	0,96	0,98

b) *Acide urique* : Aucune modification n'a été constatée dans nos analyses avant et après le traitement.

c) *Cholestérol* : Aucune conclusion ne peut être apportée de l'étude séparée du cholestérol total et du cholestérol estérifié, éléments qui semblent varier en toute indépendance.

Dans la majorité des cas, le rapport $\frac{\text{cholestérol estérifié}}{\text{cholestérol total}}$ semble diminuer légèrement après le traitement.

d) *Glycémie* : Le taux du sucre sanguin reste constant ou s'élève très légèrement au cours de la cure.

ETUDE CHIMIQUE DU SANG

Ver... Fernand	Fran... Georges	Dah... Edmond	Dev... Camille	Jol... Robert	Bras... Roger
0,21	0,19	0,24	0,26	0,17	0,87
0,31	0,31	0,22	0,20	0,18	0,63
0,02	0,01	0,07	0,01	0,03	0,04
0,03	0,01	0,04	0,01	0,03	0,05
2	1,70	1,50	1,50	1,70	1,72
1,78	1,76	1,40	1,60	1,60	1,50
1,10	0,77	0,76	0,70	0,88	0,81
0,96	1,06	0,72	0,70	0,91	0,72
0,55	0,45	0,50	0,46	0,50	0,47
0,53	0,60	0,51	0,43	0,56	0,48
0,98	1,08	1,05	0,80	1,05	0,96
0,86	1,10	1,05	0,90	1,08	0,98

EXAMEN SÉROLOGIQUE

1° Réaction de Bordet-Wassermann :

Il est bien évident qu'une sérologie spécifique négative ne subit pas de modification. Nous avons cependant profité de nos examens pour procéder à des contrôles et ne pas laisser échapper une éventuelle anomalie de comportement du sérum sanguin.

2° Tests hépatiques :

Les tests de GROSS et de HANGER ne sont pas modifiés. Le MAC LAGAN a tendance à donner un chiffre moins élevé d'unités Meunier.

EXAMEN CYTOLOGIQUE

1° La vitesse de sédimentation :

Si elle est normale au départ, elle le reste encore après le traitement.

2° La résistance globulaire :

Elle varie dans des limites physiologiques.

EXAMENS BIOLOGIQUES

Noms des malades		Bul... Louis	Bra... Henri	Leb... Jean	Phil... Louis	
B.-W.	Avant le traitement	< 0	< 0	< 0	< 0	
	Après le traitement	< 0	< 0	< 0	< 0	
TESTS HÉPATIQUES	Gross	Avant	2,3 cc	2,1 cc	2,3 cc	2,7 cc
		Après	2,2 cc	2,6 cc	2,5 cc	2,7 cc
	Hanger	Avant	< 0	< 0	< 0	< 0
		Après	< 0	< 0	< 0	< 0
	Mac Lagan	Avant	12 u Meunier	31 u M.	7 u M.	5 u M.
		Après	11 u Meunier	23 u M.	3 u M.	7 u M.

3° Les temps de saignement et de coagulation :

Ils ont une tendance marquée à se raccourcir. Toutefois, le temps de Quick ne subit pas généralement de modifications.

4° Numération globulaire.

a) *Érythrogramme* : Il montre généralement une élévation des globules rouges, surtout s'il y a anémie au départ.

b) *Leucogramme* : Aucune conclusion ne peut être tirée des chiffres que nous apportons, le nombre des leucocytes variant dans les deux sens au cours du traitement.

c) *Thrombogramme* : Par contre, le nombre de plaquettes augmente régulièrement pendant le cours du traitement.

5° Formule leucocytaire :

Il n'y a aucune variation, ni globalement, ni au sein des lignées granulocytaires ou agranulocytaires. Laborit et ses collaborateurs n'ont généralement pas constaté de chute significative des éosinophiles du sang circulant après la perfusion intraveineuse.

Nous joignons ci-dessous des tableaux qui illustrent les conclusions précitées sur les modifications biologiques avant et après le traitement par le S.C.T.Z.

EXAMENS SÉROLOGIQUES DU SANG

Verd... Fernand	Fran... Georges	Dab... Edmond	Dit... Camille	Jol... Robert	Bras... Roger
< 0	< 0	< 0	< 0	< 0	< 0
< 0	< 0	< 0	< 0	< 0	< 0
2,6 cc	2,4 cc	2,6 cc	2,2 cc	2,6 cc	2,4 cc
2,6 cc	2,8 cc	2,6 cc	2,1 cc	2,4 cc	2,4 cc
Douteux	< 0	< 0	Douteux	< 0	> 0
< 0	< 0	< 0	Douteux	< 0	> 0
11 U M.	8 U M.	17 U M.	31 U M.	22 U M.	15 U M.
8 U M.	3 U M.	14 U M.	21 U M.	22 U M.	18 U M.

Noms des Malades			Bul... Louis	Bras... Henri	Leb... Jean
Vitesse de sédimentation		Avant le traitement	2-4-18 mm	2-7-26 mm	2-6-30
		Après le traitement	3-7-21 mm	3-6-24 mm	3-8-27
Résistance globulaire		Avant	4,6 °/oo	4,4 °/oo	4,2 °/oo
		Après	4,8 °/oo	4,8 °/oo	4,2 °/oo
Temps de saignement		Avant	4'	4'	4'
		Après	3'	3'	4'
Temps de coagulation		Avant	11'	9'	13'
		Après	8'30''	8'	11'
Temps de Quick		Avant	97 %	92 %	95 %
		Après	97 %	92 %	95 %
Numération globulaire	Érythrogramme	Avant	5.900.000	3.500.000	4.660.000
		Après	5.780.000	3.600.000	4.720.000
	Leucogramme	Avant	9.000	4.400	8.400
		Après	9.300	5.600	8.200
	Thrombogramme	Avant	250.000	212.000	220.000
		Après	290.000	234.000	260.000
	Polynucléaires neutrophiles	Avant	59 %	65 %	71 %
		Après	63 %	62 %	77 %
Formule leucocytaire	Polynucléaires basophiles	Avant	0 %	3 %	3 %
		Après	1 %	1 %	1 %
	Polynucléaires éosinophiles	Avant	1,5 %	0 %	0,5 %
		Après	0,5 %	5 %	0 %
	Lymphocytes	Avant	27 %	24 %	12 %
		Après	22 %	22 %	10 %
	Moyens mononucléaires	Avant	6 %	8 %	3 %
		Après	5,5 %	8 %	6 %
	Monocytes	Avant	6,5 %	0 %	10,5 %
		Après	8 %	2 %	6 %

LIQUES DU SANG

Phil... Louis	Verd... Fernand	Fran... Georges	Dab... Edmond	Dit... Camille	Jol... Robert	Bras... Roger
3-17 mm	1-4-18 mm	1-2-17 mm	6-14-48 mm	2-5-17 mm	3-14-31 mm	6-12-31 mm
8-22 mm	2-4-20 mm	1-3-23 mm	3-6-18 mm	3-7-19 mm	1-5-19 mm	3-7-20 mm
4,4 °/oo	4,6 °/oo	4,6 °/oo	4,2 °/oo	4,6 °/oo	4,6 °/oo	4,4 °/oo
4,4 °/oo	4,6 °/oo	4,8 °/oo	4,2 °/oo	4,6 °/oo	4,4 °/oo	4,6 °/oo
4'	2'	3'	1'	3'	4'	3'30''
4'	1'	2'30''	1'	2'	3'	2'40''
12'	10'	10'	9'	10'	9'	10'
9'	8'	9'	8'30''	7'30''	8'	8'30''
95 %	90 %	97 %	92 %	90 %	100 %	72 %
96 %	90 %	97 %	92 %	90 %	100 %	80 %
3.980.000	3.650.000	4.420.000	4.600.000	2.900.000	4.600.000	4.200.000
5.690.000	4.130.000	4.440.000	4.700.000	3.200.000	4.800.000	4.350.000
5.600	11.300	9.800	8.400	10.000	5.800	6.000
8.200	8.900	9.600	8.200	5.800	6.400	6.200
260.000	220.000	240.000	214.000	190.000	230.000	180.000
280.000	242.000	310.000	220.000	200.000	232.000	196.000
79 %	76 %	77 %	61 %	60 %	60 %	76 %
77 %	73 %	77 %	63 %	62 %	63 %	71 %
0 %	1 %	0 %	3 %	2 %	4 %	0 %
0 %	3 %	0,5 %	1 %	1 %	2 %	1 %
3,5 %	3 %	1 %	0 %	0 %	1 %	2 %
5 %	2 %	1,5 %	0 %	1 %	2 %	1 %
12 %	14 %	11,5 %	30 %	34 %	27 %	20 %
13 %	12 %	12 %	27 %	27 %	24 %	21 %
0,5 %	0 %	4 %	3 %	0 %	0 %	1 %
1 %	2 %	2 %	5 %	3 %	1 %	3 %
5 %	6 %	6,5 %	3 %	4 %	8 %	1 %
4 %	8 %	7 %	4 %	6 %	8 %	3 %

II. — ANALYSE DU LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN.

En ce qui concerne le liquide céphalorachidien nos recherches ont porté cliniquement sur les variations de pression liquidienne et biologiquement sur les modifications apportées à des formules chimiques, sérologiques et cytologiques normales au départ.

1° Pression du liquide céphalorachidien :

La pression notée au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, en position assise, reste pratiquement constante.

2° Examen chimique.

a) *Albuminorachie* : Les taux d'albumine du liquide céphalorachidien ont tendance à se normaliser au cours de la cure s'ils étaient élevés au départ.

ÉTUDE BIOLOGIQUE

Nom des malades		Pel... Maurice	Then... Louis	Ver... Fernand	Deg... Charles
Pression (Ponction lombaire en position assise)	Avant le traitement	12 cm	14 cm	14 cm	14 cm
	Après le traitement	12 cm	15 cm	14 cm	17 cm
Examen cytologique	Avant	0,6 ψ	0,4 ψ	4 ψ	0,5 ψ
	Après	0,5 ψ	0,6 ψ	2,5 ψ	1,5 ψ
Albumino- rachie	Avant	0,21	0,44	0,22	0,20
	Après	0,21	0,31	0,22	0,18
Glucorachie	Avant	0,67	0,59	0,58	0,60
	Après	0,53	0,52	0,54	0,56
B.-W.	Avant	< 0	< 0	< 0	< 0
	Après	< 0	< 0	< 0	< 0
Benjoin colloïdal	Avant	normal	normal	normal	normal
	Après	normal	normal	normal	normal

b) *Glucorachie* : D'une façon générale les taux élevés de glucose s'abaissent et tendent vers des chiffres normaux.

3^o Examen sérologique :

Le B.-W. ne se modifie pas. La courbe de benjoin colloïdal reste parfaitement identique avant et après le traitement.

4^o Examen cytologique :

Il n'y a aucune réaction cellulaire à la cure par le S.C.T.Z. On était en droit de s'attendre à une pareille conclusion.

Bien entendu, nous ne préjugeons pas, après cette étude systématique, des modifications biologiques apportées au sein des liquides anormaux qui varieront individuellement, au gré de l'évolution clinique.

D'une façon générale, nos examens n'ont jamais été faits chez de grands malades aux métabolismes profondément perturbés.

LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN

Ver... Jacques	Coch... Louis	Leb... Hubert	Rog... Léon	Phil... Louis	Fau... Raymond
15 cm	12 cm	15 cm	14 cm	12 cm	14 cm
14 cm	13 cm	15 cm	14 cm	12 cm	13 cm
1 ψ	1 ψ	0,5 ψ	0,5 ψ	0,8 ψ	1,2 ψ
1 ψ	0,5 ψ	1,5 ψ	1 ψ	0,7 ψ	0,8 ψ
0,23	0,22	0,21	0,21	0,22	0,30
0,24	0,18	0,24	0,18	0,21	0,27
0,58	0,60	0,48	0,48	0,54	0,51
0,42	0,43	0,51	0,56	0,50	0,53
< 0	< 0	< 0	< 0	< 0	< 0
< 0	< 0	< 0	< 0	< 0	< 0
normal	normal	normal	normal	normal	normal
normal	normal	normal	normal	normal	normal

CHAPITRE XII

DISCUSSION

Au terme de ce travail, qu'il nous soit permis de résumer les résultats de nos premières recherches sur le S.C.T.Z., et de fixer les grandes lignes d'investigations à poursuivre.

Le S.C.T.Z. est un produit organique d'origine biologique et, très probablement, le chef de file d'une nouvelle lignée d'agents thérapeutiques dont la médecine neuropsychiatrique saura, sans doute, tirer parti.

Le pH acide du produit liquide exige naturellement du clinicien une technique d'administration intraveineuse parfaite, qui ne tolère aucune fausse route, mais il s'agit là d'un inconvénient mineur, eu égard à l'efficacité du médicament, efficacité telle que des affections mentales de pronostic habituellement grave guérissent au prix d'un nombre minime, parfois d'une seule injection.

Sans doute le volume de liquide à introduire dans la veine est-il, malgré tout, important ; 100 ml nous paraissent correspondre aux doses nécessaires et suffisantes dans la plupart des cas. Il n'est pas interdit de supposer que des recherches biochimiques et pharmacodynamiques nous permettront, dans un avenir plus ou moins proche, de disposer d'un dérivé substitué de nature voisine susceptible d'être utilisé sous des volumes moindres et avec un pH plus proche de la neutralité.

D'ores et déjà cependant, — et sans atteindre un tel idéal, — le produit que nous utilisons s'avère être un inhibiteur cortical d'un concours remarquable au médecin et cela dans des disciplines variées.

Avant même qu'on ait pu, en anesthésiologie, séparer, grâce à lui, les éléments sommeil et analgésie, nous avons pu montrer, en psychiatrie, son pouvoir sédatif et hypnogène par voie orale, pouvoir que l'expérimentation physiologique démontrait par ailleurs.

Poursuivant nos investigations dans le domaine des maladies mentales, nous avons pu montrer — *primum non nocere* — que le produit était bien supporté tant dans les traitements prolongés par voie orale que dans les thérapeutiques immédiates par voie veineuse. Le S.C.T.Z. ne perturbe pas les métabolismes, comme on pourrait le craindre en raison de la nature soufrée de la molécule, et il ne provoque aucun bouleversement des constantes biologiques.

Actuellement, avec un recul de deux ans pour la voie orale, nous pouvons fixer comme suit les indications relatives des deux présentations du produit, et donner conjointement les résultats auxquels on peut prétendre.

Par la voie orale, et selon une posologie moyenne de 3 à 4 dragées de 0,50 g par jour, le S.C.T.Z. peut être considéré comme une thérapeutique symptomatique de l'excitabilité psychique agissant tout particulièrement, d'une part, sur les phénomènes d'excitation mentale épisodiques caractéristiques, en particulier, des états de manie aiguë, de schizophrénie, de délire paranoïde, voire d'épilepsie psychique ; d'autre part, sur les états d'insomnie, en relation avec l'éréthisme nerveux.

Dans cette perspective, le S.C.T.Z. n'a pas la prétention d'aboutir à la guérison de la « maladie » mentale, quoique, en certaines circonstances, il permette, à la faveur de la « mise en veilleuse » du sujet, d'entreprendre des techniques de réadaptation psychothérapiques et ergothérapiques.

En tout état de cause, et même si le pronostic de l'affection causale ne s'en trouve pas modifié, le S.C.T.Z., par sa vertu calmante, a le pouvoir de faire disparaître des dortoirs de malades l'atmosphère aliénante que les agités y maintiennent par leurs manifestations bruyantes, et, par voie de conséquence, de simplifier au maximum le classique « rapport de veille ». Désormais, ce document peut se cantonner dans l'observation somatique du patient, comme pour une salle d'hôpital général.

Par la voie veineuse, et à un rythme d'une à deux injections de 100 ml par jour, pendant un à trois jours, le S.C.T.Z. apporte une guérison radicale à des maladies aussi variées que l'anxiété aiguë, le délire alcoolique subaigu, l'état de mal épileptique.

De ce point de vue, ce dérivé d'une fraction vitaminique a complètement modifié le pronostic de ces psychoses. Il réalise pour nous une « assurance » thérapeutique qui nous délivre de la crainte de ces « accidents » d'évolution si souvent fatale.

Avec le S.C.T.Z., le délire confusionnel anxieux se dilue dans le sommeil thérapeutique. Les crises convulsives subintrantes s'épuisent au cours même de l'injection, alors qu'elles ont résisté aux traitements classiques. L'agitation onirique éthylique s'évanouit par vagues de moins en moins violentes. Faut-il rappeler ici que les

malades atteints de delirium se présentent sans aide au bureau médical, quelques heures après leur admission, à la suite, parfois, d'une seule injection de S.C.T.Z. ? Faut-il préciser, au surplus, que malgré un nombre croissant d'entrants en état grave, nous n'avons plus perdu un seul de nos alcooliques depuis que nous les traitons par le S.C.T.Z. ?

Car, et nous terminerons sur cette donnée fondamentale notre rétrospective, il nous apparaît que le S.C.T.Z. est, avant tout, l'arme contre l'alcoolisme. Il guérit, en effet, aussi bien les ivresses aiguës, les délires subaigus confuso-oniriques, les états d'excitation épisodiques ou l'état de mal épileptique des alcooliques chroniques.

Peut-on, au-delà de ces données qui, pour nous, sont désormais du passé, fixer des perspectives de recherches ultérieures, et dans l'affirmative, suivant quelles voies ?

En premier lieu, et bien que notre expérience à ce sujet soit assez modeste, il nous semble bien que, dans certains cas où le traitement par le S.C.T.Z. a été mis en œuvre après un échec des neuroleptiques, le succès obtenu a été, en partie, dû à la correction des incidents secondaires de la cure neuroplégique par l'inhibiteur cortical. C'est dire que le S.C.T.Z. nous paraît devoir être conseillé en appoint à une cure de sommeil classique, qui, non seulement n'emporte pas la décision, mais encore semble perturber l'équilibre neurosomatique du patient.

De plus et au-delà, compte tenu des excellents résultats obtenus dans les états d'anxiété, nous pensons que le S.C.T.Z. doit être conseillé, soit comme médication de fond par voie orale, soit comme adjuvant immédiat par voie veineuse dans tous les cas où une thérapeutique de choc entraîne une réaction secondaire d'angoisse. Nous faisons allusion aussi bien à l'électrochoc qu'au bromure d'acétylcholine.

L'électrochoc est, en principe, amnésique. Pourtant les cas ne sont pas exceptionnels où une psychothérapie à rebours, accomplie sciemment par des hypomanes ou des déséquilibrés pervers, avertit les malades de la nature probable de leur traitement. Le noir tableau qui leur est brossé déclenche chez certains d'entre eux une réaction panphobique à l'approche du traitement.

Pour la pallier, un de nos maîtres a, d'une part, mis au point un appareil portatif d'électrochoc et des gants porte-électrodes qui simplifient les manœuvres d'application et permet la mise en œuvre du traitement dans des conditions remarquables d'aisance et de rapidité. Il a, au surplus, essayé avec succès chez des anxieux de prélude au choc électrique par l'inhalation d'un mélange d'oxygène et de gaz carbonique selon les données de von Meduna. Il lui semble maintenant que le S.C.T.Z., à faibles doses intraveineuses,

de l'ordre de 20 ml, peut permettre de s'abstenir désormais de ce temps préparatoire chez les sujets particulièrement pusillanimes.

L'École de Nancy persévère dans l'emploi du bromure d'acétylcholine à hautes doses et par voie veineuse, selon la méthode de Fiamberti, tout en dénonçant le facteur d'angoisse qui préside au déroulement de la crisc. La cure est souvent rendue délicate par l'opposition des sujets qui redoutent l'anxiété des premiers instants suivant l'injection du produit. Le S.C.T.Z. nous paraît devoir amputer le syndrome de choc acétylcholinique de cette composante anxieuse.

A nos yeux, le travail de thèse que nous présentons fait essentiellement le point du traitement des maladies mentales par le S.C.T.Z. utilisé isolément.

Notre intention est de poursuivre nos recherches en associant désormais le S.C.T.Z. aux thérapeutiques classiques soit électriques, soit biochimiques.

CHAPITRE XIII

CONCLUSIONS

1. Le S.C.T.Z. est un agent pharmacodynamique dérivé de la scission de la vitamine B₁, doué de propriétés physiologiques qui le présentent comme un inhibiteur du cortex cérébral.

2. Par la voie orale, il est susceptible de calmer rapidement les états d'excitation psychomotrice quelle qu'en soit la cause : états maniaques, confusionnels, schizophréniques, paranoïdes.

3. Par la voie veineuse, il réalise la médication héroïque des états neurologiques et psychiatriques aigus tels que accès anxieux, ivresses, delirium tremens, état de mal comitial.

4. La gamme de ses indications semble devoir être élargie par l'association aux thérapeutiques classiques : électrochoc, bromure d'acétylcholine, neuroleptiques.

5. L'administration du produit ne provoque pas d'incident grave et ne perturbe aucunement les métabolismes.

6. Après une expérience clinique de deux années, le S.C.T.Z. nous paraît devoir figurer en bonne place dans l'arsenal chimio-thérapeutique moderne.

CHAPITRE XIV

BIBLIOGRAPHIE du S. C. T. Z.

- 1 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Recherches sur le choc provoqué par les injections intraveineuses de Vitamine B₁.
Ann. pharm. franç., 1953, 11, p. 17-25.
- 2 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Etude chimique de l'origine du choc thiaminique.
Ann. pharm. franç., 1953, 11, p. 26-29.
- 3 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Recherches biologiques sur la nature du choc thiaminique.
Ann. pharm. franç., 1953, 11, p. 735-740.
- 4 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Etude du choc provoqué par injections intraveineuses de Chlorhydrate de Thiamine.
Acta Vitaminologica, 1953, fasc. 2-3, p. 91.
- 5 — G. MOURIQUAND, R. CHARONNAT, P. LECHAT, V. EDEL, J. CHARETON et R. CHIGHIZOLA.
Thiamine et ses constituants pyrimidique et thiazolique devant l'indice chronologique vestibulaire.
Comptes rendus des séances de l'Académie, des Sciences 1953, 236, p. 1396 à 1398.
- 6 — G. MOURIQUAND, R. CHARONNAT, P. LECHAT, V. EDEL, J. CHARETON et R. CHIGHIZOLA.
Modification de l'indice chronologique vestibulaire de la Thiamine et de ses constituants pyrimidique et thiazolique sous l'influence de l'air.
Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, 1953, 236, p. 680.
- 7 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Passage d'un convulsivant à un anti-convulsivant dans la série de la Thiamine.
Thérapie, 1956, 11, p. 261-264.
- 8 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Sur les propriétés pharmacodynamiques d'un dérivé thiazolique.
1^{re} note, Thérapie, 1957, 12, p. 68-71.
- 9 — R. CHARONNAT, P. LECHAT, J. CHARETON et P. VOLAT.
Sur les propriétés pharmacodynamiques d'un dérivé thiazolique.
2^e note. Toxicité.
Thérapie, 1957, 12, p. 954-959.
- 10 — R. CHARONNAT, P. LECHAT, J. CHARETON et P. VOLAT.
Sur les propriétés pharmacodynamiques d'un dérivé thiazolique.
3^e note. Action sur le système nerveux central.
Thérapie, 1958, 13, sous presse.
- 11 — R. CHARONNAT, P. LECHAT et J. CHARETON.
Sur les propriétés pharmacodynamiques d'un dérivé thiazolique.
4^e note. Action sur le système nerveux autonome.
Thérapie, 1958, 13, sous presse.

- 12 — R. CHARONNAT, P. LECHAT, J. CHARETON, H. LABORIT, R. COIRAULT, R. DAMASIO, R. GAUJARD, G. LABORIT et P. FABRIZY.
Sur un type nouveau d'anesthésie chirurgicale et sur l'emploi en thérapeutique d'un dépresseur du cortex cérébral (S. C. T. Z.).
La Presse médicale, 1957, **65**, p. 1051-1054.
- 13 — H. LABORIT, R. COIRAULT, R. DAMASIO, R. GAUJARD, G. LABORIT et P. FABRIZY.
Sur un type nouveau d'anesthésie chirurgicale et sur l'emploi en thérapeutique d'un dépresseur du cortex cérébral (S. C. T. Z.).
Anesthésie, Analgésie, Réanimation, tome XIV, n° 2, mars-avril 1957, p. 384-411.
- 14 — R. CHARONNAT et P. LECHAT.
Ein neues Therapeutikum entwickelt auf theoretische Betrachtungen über die Konstitutionsformel des Thiamins (Aneurins).
Deutscher Therapie Kongress Karlsruhe, 1957.
Die Therapie Woche, sous presse.
- 15 — P. ROYER, P. LAPORTE et H. BOURGHOUD (Nancy).
Action du S. C. T. Z. dans les états maniaques.
55^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française, Lyon, septembre 1957.
- 16 — FOUKS, LARGEAU et PAGOT (Poitiers).
Note sur l'utilisation en psychiatrie d'un nouvel hypnotique d'origine vitaminique, le S. C. T. Z.
55^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française, Lyon, septembre 1957.
- 17 — H. LABORIT et R. COIRAULT (Paris).
L'utilisation en clinique médicale et psychiatrique de l'action hypnogène d'un dérivé du noyau thiazolique de la Vitamine B₁: le S. C. T. Z.
La Semaine des Hôpitaux, Semaine médicale, 1957, **33**, n° 113, p. 1704-1705.
- 18 — R. COIRAULT, R. DAMASIO, P. DAVIDOU et M. BERNARD.
Un dérivé du noyau thiazolique de la Vitamine B₁, nouvelle substance à action hypnogène en thérapeutique psychiatrique (S. C. T. Z.).
Bulletin et mémoires de la Société de médecine de Paris, 1957, **161**, p. 32-46.
- 19 — P. ROYER, M. BEAUDOUIN, P. BALLAND, G. LACROIX et A. PARMENTIER (Nancy).
Les indications du S. C. T. Z. en thérapeutique psychiatrique.
Société médicale de Strasbourg-Nancy, séance du 16 novembre 1957.
- 20 — R. CHARONNAT, G. MOURIQUAND, P. LECHAT, J. CHARETON, V. EDEL et R. CHIGHIZOLA.
Méthyl-4 Chloréthyl-5 thiazole et indice chronologique vestibulaire.
Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, 1957, **245**, p. 1862-1864.
- 21 — S. FOLLIN, G. BALIER, J. AZOULAY, C. LE GUEN et M. ROBERT.
Originalité d'action du S. C. T. Z. en thérapeutique psychiatrique.
Société médico-psychologique, Paris, séance du 23 décembre 1957.
- 22 — P. ROYER, H. BOURGHOUD et P. LAPORTE.
S. C. T. Z. médication des états psychopathiques aigus.
Société Médico-psychologique, Paris, séance du 23 décembre 1957.
- 23 — G. MOURIQUAND, P. LECHAT, J. CHARETON, V. EDEL et R. CHIGHIZOLA.
Indice chronologique vestibulaire du Cyprin et méthyl-4 chloréthyl-5 thiazole.
C. R. Ac. Sci., 1958 (à paraître).
- 24 — J. DE CASTRO.
La valeur et les possibilités actuelles de l'anesthésie à base de dérivés hormonaux et vitaminiques.
Service d'anesthésiologie: Pr L. DELOYERS, Hôpital Saint-Pierre, université libre de Bruxelles.

